



**Somos calidad,  
somos USC**

**Conocimiento comunitario y estrategias sociales para la prevención del consumo de anticonceptivos falsificados: Revisión sistemática**

**Autor**

**Karen Lizeth Gómez Guaitarilla**

**Título por el que opta  
Químico farmacéutico**

**Director**

**Jorge Humberto Restrepo Zapata**

**Grupo de Investigación  
Salud Integral GISI**

**Línea de Investigación  
Cuidado de la Salud**

**Facultad de Ciencias Básicas  
Química Farmacéutica  
Universidad Santiago de Cali  
Santiago de Cali - Colombia  
2026**

## IMPACTOS

Relacione el (los) impacto(s) que presentó el Trabajo de Grado según los siguientes criterios:

IMPACTO	PRODUCTO	BENEFICIARIO(S)
<b>Económico</b>	Base de evidencia para la asignación eficiente de recursos en programas de salud sexual y reproductiva, incluyendo subsidios para anticonceptivos auténticos y reducción de costos asociados a embarazos no deseados.	Sistemas de salud pública, gobiernos, mujeres en condiciones de vulnerabilidad económica.
<b>Responsabilidad social</b>	Desarrollo de estrategias comunitarias y campañas educativas orientadas a la prevención del uso de anticonceptivos falsificados y a la promoción del acceso seguro.	Comunidades, adolescentes, mujeres jóvenes, poblaciones vulnerables.
<b>Científico</b>	Generación de conocimiento comparativo sobre mecanismos de falsificación, canales de distribución y vulnerabilidades socioculturales asociadas a anticonceptivos.	Comunidad científica, investigadores en salud pública, farmacología y ciencias sociales.
<b>Indicadores de Gestión</b>	Establecimiento de indicadores para monitoreo de prevalencia, nivel de conocimiento, tasas de notificación y efectividad de intervenciones comunitarias.	Autoridades sanitarias, organismos regulatorios, sistemas de farmacovigilancia.
<b>Tecnológico</b>	Guía para la implementación de herramientas de verificación (SMS, sellos de calidad, regulación digital) según contexto y nivel de acceso tecnológico.	Autoridades regulatorias, industria farmacéutica, usuarios con acceso a tecnologías digitales.
<b>Técnico</b>	Fortalecimiento de capacidades en farmacéuticos y personal de salud para la detección, dispensación segura y reporte de anticonceptivos falsificados.	Farmacéuticos, trabajadores de salud, estudiantes de ciencias de la salud.
<b>Ambiental</b>	Control sanitario y reducción de circulación de productos farmacéuticos falsificados potencialmente contaminantes o no regulados.	Medio ambiente, comunidades expuestas, sistemas de gestión de residuos farmacéuticos.
<b>Social</b>	Reducción de desigualdades en el acceso a anticonceptivos seguros y	Mujeres, adolescentes, comunidades rurales y urbanas.

	fortalecimiento de la autonomía reproductiva en contextos vulnerables.	
<b>Cultural</b>	Incorporación de enfoques culturalmente sensibles en la educación sobre anticoncepción, considerando creencias locales y percepciones de eficacia.	Comunidades locales, líderes comunitarios, usuarios de anticonceptivos.

## **CONOCIMIENTO COMUNITARIO Y ESTRATEGIAS SOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Karen Lizeth Gómez Guaitarilla<sup>1</sup> ([karen.gomez1@usc.edu.co](mailto:karen.gomez1@usc.edu.co))**

<sup>1</sup>Grupo de Investigación Salud Integral GISI, Programa de Química farmacéutica. Facultad de Ciencias Básicas. Universidad Santiago de Cali. Campus Pampalinda Calle 5 # 62-00. Santiago de Cali. Colombia

### **RESUMEN**

Uno de los problemas cruciales de la salud pública es la falsificación de métodos anticonceptivos, en relación con los riesgos para la salud sexual y reproductiva, el incremento de embarazos no deseados y el mantenimiento de las disparidades sociales, sobre todo en naciones con ingresos bajos y medios. La escasez de información, la necesidad de discreción y el estigma social son algunos de los factores socioculturales que se relacionaron con la falsificación de anticonceptivos. Se realizó una revisión sistemática siguiendo las pautas PRISMA con la finalidad de examinar los caminos de distribución, las vulnerabilidades y las acciones implementadas para evitar el consumo de anticonceptivos falsificados en diversas comunidades.

La difusión de productos cuya legitimidad no era posible verificar se facilitó debido a que los principales canales para distribuir anticonceptivos falsificados eran las farmacias sin regulación, los mercados ilegales y los sitios web. La configuración de las vulnerabilidades era multidimensional, incluyendo elementos económicos (la imposibilidad de pagar anticonceptivos legítimos), sociales (necesidad de ser discreto y estigmatización) y culturales (evaluación de la efectividad de los anticonceptivos conforme a síntomas evidentes, como las hemorragias). Se evidenció, además, una brecha importante entre las propiedades farmacológicas de los anticonceptivos y la percepción comunitaria, que favorecía el empleo de anticonceptivos falsificados, incluso sin sustancia activa.

Las estrategias de intervención más efectivas en contextos con recursos escasos fueron la capacitación de farmacéuticos, la distribución supervisada y las campañas de sensibilización. Al mismo tiempo, las soluciones tecnológicas se encontraron con limitaciones debido a la brecha digital. En conjunto, el mantenimiento del problema se debe a la desconexión entre los sistemas formales de salud y las realidades culturales y sociales. Esto demuestra que es

necesario tener enfoques integrados que vinculen intervenciones estructurales, regulatorias y comunitarias.

**Palabras clave:** *Acceso a medicamentos; Farmacovigilancia; Salud reproductiva; Sistemas de salud; Vulnerabilidad social.*

## **COMMUNITY KNOWLEDGE AND SOCIAL STRATEGIES FOR THE PREVENTION OF COUNTERFEIT CONTRACEPTIVE USE: A SYSTEMATIC REVIEW**

### **ABSTRACT**

One of the crucial public health problems is the counterfeiting of contraceptives, which is linked to risks to sexual and reproductive health, an increase in unintended pregnancies, and the perpetuation of social disparities, particularly in low- and middle-income countries. Lack of information, the need for discretion, and social stigma are some of the sociocultural factors associated with the counterfeiting of contraceptives. A systematic review was conducted following the PRISMA guidelines to examine distribution pathways, vulnerabilities, and actions implemented to prevent the use of counterfeit contraceptives in various communities.

The spread of products whose legitimacy could not be verified was facilitated because the main channels for distributing counterfeit contraceptives were unregulated pharmacies, illegal markets, and websites. The configuration of vulnerabilities was multidimensional, including economic elements (the inability to afford legitimate contraceptives), social elements (the need for discretion and stigmatization), and cultural elements (evaluation of contraceptive effectiveness based on evident symptoms, such as bleeding). Furthermore, a significant gap was found between the pharmacological properties of contraceptives and community perceptions, which favored the use of counterfeit contraceptives, even those lacking active ingredients.

The most effective intervention strategies in resource-scarce contexts were pharmacist training, supervised distribution, and awareness campaigns. At the same time, technological solutions encountered limitations due to the digital divide. Overall, the persistence of the problem stems from the disconnect between formal health systems and cultural and social realities. This demonstrates the need for integrated approaches that link structural, regulatory, and community interventions.

**Keywords:** *Access to medicines; Pharmacovigilance; Reproductive health; Health systems; Social vulnerability.*

### **HIGHLIGHTS**

1. Los anticonceptivos falsificados se concentraron principalmente en África subsahariana, donde la combinación de alta demanda, debilidades regulatorias y predominio de mercados informales favorece su circulación.

2. La vulnerabilidad frente a anticonceptivos falsificados se configuró como un fenómeno multidimensional, determinado por factores sociales (estigma y privacidad), económicos (inasequibilidad), culturales (percepción de eficacia) y tecnológicos (brecha digital).
3. Las estrategias comunitarias y educativas demostraron mayor efectividad operativa en la reducción del riesgo de exposición a anticonceptivos falsificados, en comparación con intervenciones exclusivamente tecnológicas.
4. Se evidenció una brecha significativa entre el conocimiento farmacológico y la interpretación cultural del anticonceptivo, lo que favorece la aceptación de productos falsificados incluso en ausencia de principio activo.

## 1. INTRODUCCIÓN

El riesgo global que representa la falsificación de medicamentos constituye una amenaza creciente para la salud pública. En este sentido, dicha amenaza adquiere dimensiones particularmente críticas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Específicamente, los anticonceptivos falsificados suponen un doble peligro: por una parte, perjudican directamente la salud de las mujeres que los emplean, ya sea porque carecen del principio activo declarado, o bien porque contienen elementos tóxicos o poseen contaminantes microbiológicos; y por otra parte, ponen en riesgo su autonomía reproductiva, lo cual puede desencadenar embarazos no planeados con profundas implicaciones sociales, individuales y sanitarias (Sholy et al., 2017; Rojas-Cortés, 2020; Salinas López, 2022).

En concordancia con lo anterior, la evidencia documentada corrobora la gravedad del fenómeno: desde los 200 embarazos no programados atribuidos al uso de anticonceptivos falsificados en Brasil, así como también la incautación de millones de píldoras sin sustancia activa destinadas al contrabando internacional, de lo cual se desprende que el problema trasciende fronteras geográficas y niveles de desarrollo económico (Magdun, 2021; White, 2020).

Lejos de constituir un fenómeno fortuito o marginal, la distribución y el consumo de anticonceptivos falsificados responden a una compleja articulación de factores estructurales que operan en múltiples niveles. En primer lugar, la escasez de recursos económicos y los elevados costos de los anticonceptivos legales en numerosos sistemas sanitarios ya sea por ausencia de subsidios públicos o debido a la exclusión de estos métodos de las coberturas básicas empujan estructuralmente a las usuarias hacia opciones más económicas, disponibles predominantemente en mercados paralelos donde la prevalencia de productos falsificados es máxima (Rehm et al., 2025; Wekesa et al., 2025).

Aunado a lo anterior, esta dimensión económica se entrelaza con determinantes socioculturales igualmente poderosos: el estigma religioso y de género asociado a la anticoncepción y a la sexualidad femenina. Como resultado de ello, se genera una demanda sostenida de métodos discretos y anónimos, es decir, precisamente los que caracterizan a los canales de distribución informal donde la autenticidad de los productos no puede ser garantizada (Al-Worafi, 2024).

Desde la perspectiva educativa, un acceso limitado a educación sexual integral y una baja alfabetización farmacológica y sanitaria conllevan a que las comunidades no dispongan de las herramientas cognitivas básicas para comprender sus derechos reproductivos, identificar productos falsificados o dimensionar adecuadamente los riesgos asociados a su consumo. En consecuencia, estos componentes convergen para normalizar el mercado informal y disminuir críticamente la percepción del riesgo entre las poblaciones más vulnerables (Rehm et al., 2025).

De hecho, la magnitud económica del fenómeno estimada entre 65,000 y 200,000 millones de dólares anuales a nivel global posiciona a esta actividad como una empresa de alto rendimiento y bajo riesgo para las redes criminales transnacionales, las cuales han demostrado una notable capacidad de adaptación incluso durante contingencias sanitarias globales como la pandemia de COVID-19 (Ziavrou et al., 2022).

Por otro lado, el comportamiento de búsqueda de anticonceptivos en canales no regulados se inscribe en el marco más amplio de la denominada búsqueda de salud transnacional, esto es, un tránsito fluido de las pacientes entre distintos sistemas sanitarios y jurisdicciones regulatorias. Un ejemplo paradigmático de ello lo constituyen las mujeres japonesas que adquieren anticonceptivos orales de venta libre en Corea del Sur, enfrentando no solo barreras lingüísticas, sino también divergencias en los criterios clínicos y una completa opacidad respecto a la autenticidad de los productos adquiridos (Kang & Kato, 2024).

Cabe subrayar que las consecuencias clínicas de la exposición a anticonceptivos falsificados exceden significativamente el riesgo de falla anticonceptiva. En el caso concreto de productos que contienen ingredientes activos incorrectos o contaminantes tóxicos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos como el sulfametoxazol-trimetoprim documentado en Lima, o incluso metales pesados pueden desencadenarse eventos adversos severos. Entre ellos se incluyen hemorragias uterinas anormales, infecciones por contaminación microbiológica, reacciones alérgicas graves, toxicidad hepática o renal, y en última instancia, desenlaces fatales (O'Hagan & Garlington, 2018; Rehm et al., 2025).

Adicionalmente, la falsificación de anticonceptivos de emergencia (AE) a base de levonorgestrel no solo resulta en embarazos no deseados, sino que además puede precipitar a las mujeres hacia la búsqueda de abortos inseguros ante la falla del método, incrementando así las tasas de morbilidad y mortalidad materna. De manera que estos eventos adversos erosionan sistémicamente la confianza en los programas de planificación familiar y en los sistemas de salud, disuadiendo el uso futuro de métodos seguros (Owen et al., 2012; Rehm et al., 2025).

Paradójicamente, estudios etnográficos realizados en contextos tan diversos como Kadoma (Zimbabue) y Kinshasa (República Democrática del Congo) evidencian que, aun frente al riesgo conocido de adquirir productos vencidos o falsificados, numerosas mujeres optan deliberadamente por los mercados informales. Esta preferencia no responde a una mera desinformación, sino que se sustenta en una racionalidad práctica compleja que pondera factores como la búsqueda de anonimato, la conveniencia logística, la autonomía en la toma de decisiones reproductivas y, de manera notable, una profunda desconfianza hacia los procedimientos biomédicos institucionales (Sibanda, 2019; Hernandez et al., 2020). Por consiguiente, esta constatación empírica revela una brecha fundamental entre las estrategias

institucionales de prevención centradas en la regulación y la represión y los determinantes reales del comportamiento de adquisición en las comunidades.

En este entramado, los actores intermedios (farmacias comunitarias, tiendas de medicamentos y vendedores informales) se erigen como eslabones cruciales. Esto se debe a que constituyen frecuentemente el primer y único punto de contacto de las usuarias con el sistema de provisión de anticonceptivos (Chin-Quee et al., 2018). Ahora bien, su rol es inherentemente ambivalente: mientras que en contextos como Kinshasa pueden ofrecer información de calidad aceptable, en cambio, en otros escenarios pueden convertirse en vectores activos de distribución de productos falsificados o consejos clínicos inapropiados (Hernandez et al., 2020; Moore et al., 2021). Tal ambivalencia resulta particularmente problemática porque las usuarias depositan un elevado grado de confianza en estos actores, confianza que no siempre se correlaciona con conocimientos técnicos precisos ni con la autenticidad garantizada de los productos.

Asimismo, el panorama se complejiza por la existencia de creencias y representaciones culturales que alteran significativamente la percepción del riesgo. Por ejemplo, destaca la concepción documentada en múltiples contextos de que ciertos productos no constituyen abortivos inseguros sino "reguladores menstruales". Como es de esperar, esta categorización reduce sustancialmente la vigilancia crítica ante eventuales falsificaciones. Estas percepciones coexisten, a su vez, con una extendida desconfianza hacia la capacidad regulatoria del Estado y hacia las instituciones formales de salud (Assis & Santos, 2025; Fincham, 2021).

En lo que respecta específicamente a los canales de adquisición, las comunidades emplean predominantemente dos vías de alto riesgo. Por una parte, los canales informales presenciales (mercados, vendedores ambulantes), seleccionados en función de su bajo costo y anonimato. Por otra parte, los canales digitales ilegales (redes sociales, farmacias online fraudulentas), donde el vendedor permanece anónimo y la inspección física es imposible. Es más, la privacidad inherente al entorno digital resulta particularmente atractiva para poblaciones jóvenes (Wekesa et al., 2025; Jillani et al., 2023).

A mayor abundamiento, el crecimiento exponencial del comercio electrónico ha amplificado este problema de manera significativa. Plataformas como Facebook, Twitter e Instagram comercializan activamente anticonceptivos sin exigir prescripción médica (Liang et al., 2012; Vida et al., 2020). En apoyo a esta afirmación, datos de la NABP indican que el 95.7% de las farmacias en línea analizadas en 2017 no cumplían con las leyes establecidas. De ahí que la facilidad de acceso aparente contraste dramáticamente con un riesgo elevado de obtener productos alterados (Magdun, 2021).

Frente a esta amenaza multidimensional, se han implementado diversas estrategias institucionales a nivel global, tales como las operaciones policiales internacionales (Operación Pangea), los sistemas de trazabilidad y las tecnologías avanzadas de detección analítica (Assi et al., 2016). Sin embargo, y este constituye el núcleo crítico del problema, estas respuestas predominantemente técnico-regulatorias y punitivas no abordan las razones estructurales sociales, culturales y económicas que sostienen un mercado receptivo para los anticonceptivos falsificados. Dicho de otro modo, la elevada demanda de medicamentos económicos, la tolerancia social hacia los canales informales y el bajo nivel de alfabetización sanitaria son determinantes que las estrategias actuales no logran modificar (Magdun, 2021).

Esta limitación en los enfoques institucionales se corresponde con una serie de vacíos críticos en la investigación disponible, los cuales se detallan a continuación:

- 1) Sesgo en la publicación y subregistro sistemático, lo cual subestima la magnitud real del problema.
- 2) Predominio del enfoque técnico-regulatorio, descuidando las dimensiones sociales y conductuales.
- 3) Dificultades éticas y logísticas para investigar mercados ilícitos y poblaciones vulnerables.
- 4) Predominio de estudios transversales, que impiden el análisis de tendencias temporales.
- 5) Falta de estandarización metodológica, que dificulta la comparabilidad entre estudios.

En particular, existe una carencia crítica de estudios que examinen de manera sistemática el conocimiento profundo de las comunidades: cómo conciben la autenticidad y el riesgo, qué sistemas informales de verificación utilizan, y de qué manera sus creencias religiosas y culturales condicionan sus decisiones de consumo (Marovino et al., 2023).

En contraposición con la orientación institucional de las estrategias de prevención, las comunidades han desarrollado espontáneamente tácticas sociales preventivas que permanecen invisibilizadas en la literatura científica. Estas incluyen: criterios informales para seleccionar vendedores basados en reputación, redes de alerta entre mujeres y, adicionalmente, el uso adaptativo de tecnologías digitales para verificar productos (Medina Paredes, 2025).

No obstante, a la fecha no existe una síntesis sistemática que documente y analice: (a) el conocimiento comunitario profundo sobre anticonceptivos falsificados; (b) las tácticas sociales formales e informales para prevenirlos; y (c) los factores culturales que configuran estos conocimientos (Ziniel, 2021; Gbagbo, 2024).

En consecuencia, la ausencia de esta síntesis tiene repercusiones prácticas críticas, puesto que las intervenciones diseñadas sin considerar este saber y hacer comunitario corren un alto riesgo de ser inefectivas o, peor aún, de erosionar los mecanismos de protección informal que las propias mujeres han construido. Tal como lo demuestran las evaluaciones en Sierra Leona y Uganda, las campañas institucionales no solo fallan en alcanzar a las mujeres rurales de menor nivel socioeconómico, sino que amplían la brecha de vulnerabilidad al informar exclusivamente a los grupos que ya poseen acceso al sistema formal (Wagnild et al., 2025).

Por lo tanto, la presente revisión sistemática sobre conocimiento comunitario y estrategias sociales para la prevención del consumo de anticonceptivos falsificados se propone responder directamente a esta carencia de evidencia transnacional. Su valor metodológico radica en que, por primera vez, posibilita identificar y sintetizar la evidencia dispersa sobre percepciones comunitarias del riesgo y tácticas informales de prevención en países con alta y baja incidencia de falsificaciones, llenando un vacío crítico que los enfoques puramente regulatorios han dejado al descubierto (Zwar, 2018; Zhang et al., 2020).

## 2. METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática empleando bases de datos multidisciplinarias y especializadas, utilizando palabras clave en español e inglés, así como operadores booleanos para maximizar la recuperación de publicaciones relevantes. La selección de los estudios incluidos en la revisión sistemática se rigió por criterios de inclusión y exclusión previamente definidos (Tabla 2).

El diseño de la estrategia de búsqueda se fundamentó en la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), concebida para realizar revisiones sistemáticas de la literatura científica con rigor metodológico y transparencia. Para garantizar una adecuada sensibilidad en la recuperación de documentos, se identificaron palabras en inglés (falsified contraceptives, counterfeit contraceptives, substandard medicines, vulnerability, community strategies, Sub-Saharan Africa, informal pharmacies, levonorgestrel, DMPA, emergency contraception)

### 2.1. Búsqueda bibliográfica y criterios de inclusión y exclusión.

Con el propósito de garantizar la especificidad y exhaustividad de la búsqueda, se seleccionaron cinco bases de datos bibliográficas que cubren el espectro de disciplinas relevantes para el objeto de estudio: PubMed/MEDLINE (base de datos especializada en ciencias biomédicas y salud pública), Scopus (base de datos multidisciplinaria con amplia cobertura en ciencias sociales y farmacología), ScienceDirect (Elsevier) (base de datos multidisciplinaria con énfasis en publicaciones de alto impacto), Web of Science (base de datos multidisciplinaria con indicadores de citación) y Google Scholar (motor de búsqueda científico-académica, literatura gris y tesis). Se usaron operadores booleanos de manera conjunta utilizando estas bases de datos y se encontraron 16 combinaciones, tal como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1.** Combinaciones de las palabras claves para la búsqueda.

N°	Idioma: inglés
1	Contraceptive AND Counterfeit AND Vulnerability
2	Contraceptive AND Counterfeit AND Sub-Saharan Africa
3	Contraceptive AND Counterfeit AND Community Strategies AND Africa
4	Emergency Contraception AND Falsified
5	Emergency Contraception AND Falsified AND Informal Pharmacies OR PPMV
6	Emergency Contraception AND Falsified AND Adolescents
7	DMPA AND Falsified AND Self-Injection OR Community Health Worker
8	DMPA AND Falsified AND Sub-Saharan Africa AND Informal Market
9	Levonorgestrel AND Counterfeit AND Knowledge
10	Levonorgestrel AND Counterfeit AND Pharmacovigilance OR Detection
11	Substandard Medicines AND Family Planning AND Low-Income Countries
12	Substandard Medicines AND Reproductive Health AND Regulation
13	Falsified Hormonal AND Contraceptives AND Online Pharmacies
14	Falsified Hormonal AND Contraceptives AND Theft OR Diversion
15	Cultural Factors AND Stigma AND Contraceptive Use AND Informal

Debido a la escasez de información reciente específica sobre el fenómeno de anticonceptivos falsificados y sus implicaciones comunitarias, se optó por ampliar el período de búsqueda **2010 - 2026** con el fin de capturar evidencia relevante que permitiera un análisis comparativo robusto a lo largo de los años. Se priorizo las publicaciones en inglés para preservar la uniformidad lingüística en el análisis; sin embargo, se consideraron excepciones con otros idiomas cuando estas proporcionaron información relevante y significativa. Se definieron criterios de selección rigurosos para garantizar que los estudios incluidos sean pertinentes y de calidad. Estos criterios están dirigidos a asegurar que la evidencia reunida sea actual, con una metodología sólida y aplicable directamente a la identificación de anticonceptivos falsificados en canales formales e informales de distribución (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Criterios de inclusión y exclusión para la extracción de la revisión sistemática.

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Estudios que aborden el fenómeno de la prevención del consumo de anticonceptivos falsificados desde una perspectiva comunitaria, social, educativa o conductual.	Estudios centrados exclusivamente en análisis fisicoquímicos, forenses o tecnológicos sin componente social o comunitario.
Estudios empíricos de campo, encuestas transversales y análisis cualitativos.	Reportes de caso únicos, editoriales, cartas al editor o comentarios sin metodología definida.
Investigaciones que aborden explícitamente el conocimiento comunitario, percepciones o creencias sobre anticonceptivos falsificados.	Documentos sin acceso al texto completo.
Investigaciones que aborden explícitamente estrategias sociales, formales o informales, para la identificación, prevención o manejo del riesgo de anticonceptivos falsificados.	Investigaciones que aborden medicamentos falsificados sin referencia específica a anticonceptivos.
Estudios realizados en cualquier contexto geográfico.	Estudios que no presenten información metodológica suficiente para su evaluación crítica.
Publicaciones con metodología claramente definida y susceptible de evaluación crítica.	Literatura gris sin respaldo institucional verificable o sin revisión por pares.
Estudios que aborden específicamente anticonceptivos orales combinados (AOC), inyectables (DMPA), dispositivos intrauterinos (DIU), implantes o anticoncepción de emergencia (levonorgestrel).	Estudios centrados exclusivamente en métodos anticonceptivos no hormonales (preservativos, diafragmas) sin relación con falsificación farmacológica.

Para asegurar la imparcialidad en la recopilación de información pertinente y reducir los sesgos, el procedimiento para seleccionar y extraer datos ha sido diseñado (consulte la tabla 3).

**Tabla 3.** Proceso de selección de los artículos incluidos.

<b>Proceso</b>	<b>Descripción</b>	<b>Extracción de Datos</b>
<b>Fase 1: Investigación</b>	Revisión de títulos y resúmenes de los 1.220 registros identificados en las bases de datos consultadas.	Características bibliográficas preliminares: autor(es), año, país, tipo de estudio.
<b>Fase 2: Análisis</b>	Análisis detallado de textos completos de los 50 artículos seleccionados que cumplieron los criterios de inclusión.	Variables principales: diseño metodológico, población de estudio, tipos de anticonceptivos analizados (AOC, DMPA, DIU, implantes, levonorgestrel), conocimiento comunitario documentado, estrategias sociales de prevención descritas (formales e informales), factores facilitadores e inhibidores identificados.
<b>Fase 3: Validación</b>	Consulta a expertos, en este caso el director de tesis	Revisión de metodologías y protocolos utilizados en los estudios primarios; validación de la categorización de canales de distribución (farmacias formales, PPMVs, mercados informales, comercio electrónico) y mecanismos de vulnerabilidad (estigma, privacidad, limitaciones económicas, alfabetización digital).
<b>Formulario estandarizado</b>	Herramienta diseñada en hoja de cálculo electrónica (Microsoft Excel) para recopilar y organizar datos de forma sistemática.	Resultados obtenidos basados en la tabla 2 de los criterios de inclusión y exclusión.

## 2.2. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo

Para garantizar la fiabilidad y validez de los hallazgos, la presente revisión sistemática incorporó un proceso riguroso para mitigar el riesgo de sesgo en todas sus etapas, considerando que el proceso fue realizado por un único investigador.

En primer lugar, para minimizar el sesgo de selección, se implementó un proceso de doble verificación en dos fases separadas por un intervalo mínimo de una semana. En la primera fase, el investigador evaluó títulos, resúmenes y textos completos aplicando los criterios de elegibilidad predefinidos (ver tabla 2). Transcurrido el intervalo de tiempo, en la segunda fase se revisaron nuevamente todos los documentos sin consultar las decisiones tomadas en la primera fase, lo que permitió identificar y corregir posibles inconsistencias en la aplicación de los criterios de selección. Las discrepancias entre ambas fases se resolvieron mediante un análisis reflexivo que documentó el criterio final adoptado y la justificación correspondiente.

En cuanto al sesgo relacionado con la extracción de datos, se utilizó un formulario estandarizado en Excel para garantizar la consistencia en la recolección de información. El investigador realizó la extracción en dos momentos distintos, con un intervalo de tiempo entre ambos, verificando la coherencia de los datos extraídos. Se registraron de manera explícita todas las decisiones relacionadas con la inclusión o exclusión de estudios, así como las razones que las fundamentaron, garantizando la transparencia y trazabilidad del proceso.

### 2.3. Proceso de evaluación de calidad

En una etapa inicial, se compiló toda la información pertinente de los artículos que podrían ser seleccionados en una matriz de extracción de datos en Microsoft Excel. En dicha matriz, se documentaron los elementos fundamentales de cada investigación. Esta matriz permitió que se llevara a cabo un análisis uniforme y estructurado de los artículos, lo que permitió la comparación entre las investigaciones durante el procedimiento de selección final. Las variables que se incluyeron en la tabla 5 son las siguientes:

- Cita del estudio
- Región de estudio
- Muestra analizada (tipo de anticonceptivo / forma farmacéutica)
- Tipo de anticonceptivo evaluado (AOC, DMPA, DIU, implante, AE-levonorgestrel)
- Mecanismo de vulnerabilidad documentado (estigma, privacidad, limitaciones económicas, alfabetización digital, desconfianza)
- Estrategia comunitaria implementada (educativa, tecnológica, distributiva, regulatoria)
- Síntesis de resultados
- Aspectos destacados
- Relación con sistemas formales de salud

Se llevó a cabo la elección final de los 50 artículos que componen la síntesis cualitativa, utilizando esta matriz como base. Se dio prioridad a los artículos que contaban con una metodología más clara y con datos suficientes para comparar contextos geográficos, canales de distribución y estrategias comunitarias que se aplicaron contra los anticonceptivos falsificados.

### 2.4. Herramienta para la evaluación del riesgo de sesgo

Se evaluó el riesgo de sesgo a través de una lista de verificación estructurada, que se adaptó a partir de criterios utilizados en revisiones sistemáticas de intervenciones comunitarias y estudios realizados en países con ingresos medios y bajos, como se puede ver en la tabla 4.

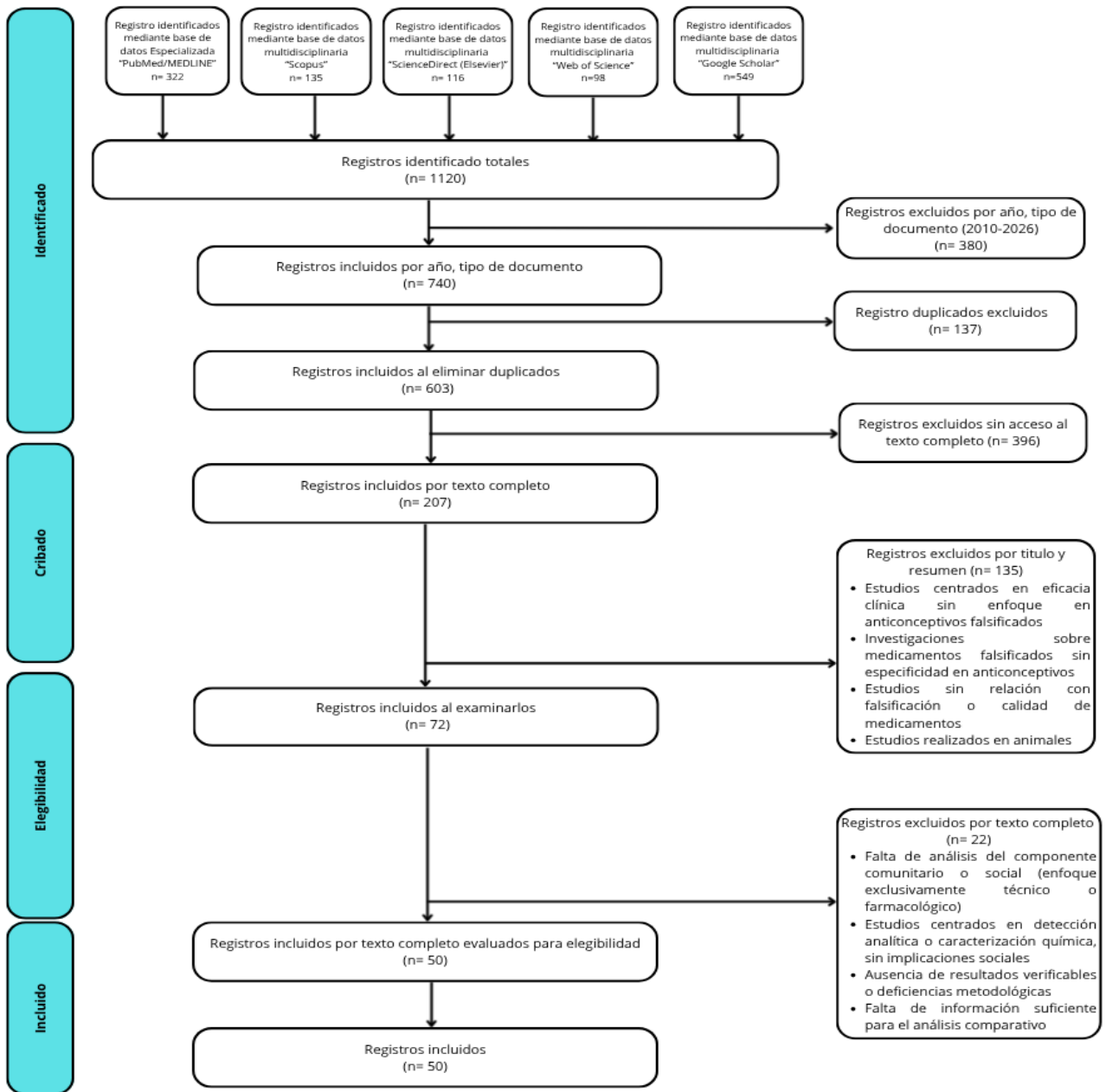
**Tabla 4.** Dominios para la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

<b>Dominio</b>	<b>Descripción</b>
Claridad del diseño metodológico	Descripción detallada del tipo de estudio, población participante, método de recolección de datos y técnica de análisis empleada.
Representatividad de la muestra	Adecuación del tamaño muestral, criterios de selección de participantes y representatividad de la

	población estudiada en relación con el fenómeno de anticonceptivos falsificados.
Validez de los instrumentos de recolección	Reporte de validación de encuestas, guías de entrevista o grupos focales, incluyendo pilotaje, adaptación cultural y consistencia interna.
Rigor en el análisis de datos	Descripción del procedimiento analítico empleado: codificación temática, triangulación o saturación para estudios cualitativos.
Transparencia en la presentación de resultados	Coherencia entre los datos reportados, las tablas, figuras y las conclusiones del estudio.
Consideración de factores contextuales	Inclusión explícita de variables socioculturales, económicas o estructurales relevantes para la interpretación de los hallazgos sobre anticonceptivos falsificados.
Declaración de limitaciones	Identificación explícita de restricciones metodológicas, sesgos potenciales y factores no controlados que puedan afectar la validez de los resultados.

### 3. DESARROLLO Y DISCUSIÓN

La implementación de la estrategia de búsqueda arrojó un total de 1120 registros publicados entre 2010 y 2026, distribuidos en cinco bases de datos: PubMed/MEDLINE (n = 322), Scopus (n = 135), ScienceDirect/Elsevier (n = 116), Web of Science (n = 98) y Google Scholar (n = 549). Posteriormente, se aplicaron criterios de exclusión por año de publicación y tipo de documento, lo que resultó en la eliminación de 380 registros. A continuación, se excluyeron 396 registros adicionales por falta de acceso al texto completo y se eliminaron 137 registros duplicados, resultando en 603 registros únicos. Tras la evaluación por título y resumen, se descartaron 135 registros adicionales. Como resultado, se obtuvieron 207 registros para evaluación a texto completo. Durante esta etapa, se excluyeron 22 registros por no cumplir con los criterios temáticos definidos de la figura 1. Al finalizar la elegibilidad del proceso de selección, se obtuvieron 50 artículos que cumplieron con todos los criterios de elegibilidad y fueron incluidos en la síntesis de esta revisión sistemática (ver Figura 1 y tabla 5).



**Figura 1.** Diagrama de flujo PRISMA que muestra la búsqueda en la base de datos y la selección de los artículos incluidos en la revisión sistemática.

**Tabla 5.** Información recopilada a partir de los 50 artículos escogidos basados en los criterios de inclusión y exclusión de la metodología.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Peterson, 2025)	Servicio de Autenticación Móvil (MAS) de NAFDAC	Detección de productos farmacéuticos falsificados (anticonceptivos, medicamentos en general) en puntos de venta en el Sudeste de Nigeria (Abia, Anambra, Ebonyi, Enugu, Imo).	Riesgo sanitario: Consumo de medicamentos falsificados (ineficaces, contaminados o con dosis incorrectas).	Envío de un código único (scratch panel) vía SMS a un número corto (38353) para verificar autenticidad antes de la compra. Búsqueda de asistencia de farmacéuticos para usar el servicio.	<p>* El 72% (suma de "siempre" 18% + "cuando siente" 39% = 57%) de los encuestados usa el MAS, aunque un 44% raramente lo usa.</p> <p>* Los encuestados aceptan que el MAS es útil para detectar fármacos falsificados (WMS: 2.85).</p> <p>* Los encuestados han pasado por los pasos de uso (WMS: 2.9) y buscan ayuda de farmacéuticos (WMS: 2.92).</p>	<p>* Empodera al consumidor para verificar la autenticidad en el punto de compra.</p> <p>* Potencial para reducir la incidencia de consumo de fármacos falsificados.</p> <p>* Facilita la transición hacia un sistema de verificación tecnológico más confiable.</p>	<p>* Depende de farmacéuticos para asistencia, pero la infraestructura de red (GSM) falla.</p> <p>* Requiere políticas gubernamentales y leyes que obliguen a incluir MAS en todos los fármacos y mejoren la tecnología.</p> <p>* Necesita campañas de concienciación más intensivas.</p>

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Liang et al., 2012)	Las farmacias online sin licencia son el canal principal de distribución de anticonceptivos falsificados o de calidad no verificada en EE. UU.; el marketing de estos anticonceptivos falsificados se difunde activamente en redes sociales; los adolescentes son el grupo de mayor vulnerabilidad ante la adquisición de	Siete anticonceptivos de prescripción disponibles como falsificados o de calidad no verificada en farmacias online sin licencia en EE. UU.: (1) Depo-Provera (medroxiprogesterona inyectable); (2) AOC (estrógeno + progestágeno); (3) NuvaRing (etonogestrel/etinilestradiol); (4) Ortho Evra (norelgestromina/etinilestradiol); (5) DIU Paragard (cobre); (6) DIU Mirena (levonorgestrel 52 mg) anunciado como OTC falsificado; (7) Implanon/Nexpla	Disponibilidad online de anticonceptivos falsificados o de calidad no verificada (AOC, DIU, implante, inyectable): cualquiera de los 7 métodos puede ser adquirido sin garantía de autenticidad. Riesgo especial: DIU e implante falsificados vendidos como OTC implican inserción sin garantía de esterilidad del dispositivo. Riesgo aumentado para adolescentes	Búsqueda en Google (primeras 5 páginas) + redes sociales para 7 anticonceptivos de prescripción. Clasificación de vendedores de anticonceptivos falsificados con criterios NABP: sin receta, sin dirección física verificable, precios anormalmente bajos.	100% de los 7 anticonceptivos disponibles sin receta en farmacias online con anticonceptivos de calidad no verificada. DIU hormonal y de cobre anunciados como OTC falsificados. Marketing de anticonceptivos falsificados activo en Facebook, Twitter, YouTube. Adolescentes = grupo más vulnerable.	Estudio que documenta la disponibilidad masiva de anticonceptivos falsificados o de calidad no verificada en canales digitales en EE. UU. Incluye métodos de larga duración (DIU, implante) falsificados. Identifica las redes sociales como canal de marketing de anticonceptivos falsificados.	Destaca la necesidad de que la FDA y la FTC regulen el marketing online de anticonceptivos falsificados y articulen con las plataformas de redes sociales para eliminar la publicidad de anticonceptivos de calidad no verificada.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	anticonceptivos falsificados en canales digitales.	non (etonogestrel 68 mg).	ante anticonceptivos falsificados en canales digitales.				
(Ujuju et al., 2014)	Los PPMVs nigerianos dispensan AOC al ~50% de las usuarias sin ningún control de calidad ni verificación de autenticidad del producto: este canal es la principal puerta de entrada de anticonceptivos orales falsificados para la mitad de las usuarias de planificación	Anticonceptivos orales combinados (AOC) potencialmente FALSIFICADOS dispensados por PPMVs en Nigeria: levonorgestrel/eti nilestradiol (Microgynon, Nordette, genéricos). Los PPMVs no verifican la autenticidad de los AOC (sin control de marcas, sin verificación de condiciones de almacenamiento, sin revisión de procedencia de los lotes).	Riesgo documentado de dispensación de AOC falsificados a través del canal de PPMVs: el ~50% de las usuarias nigerianas de AOC están expuestas a anticonceptivos de autenticidad no verificada. Los PPMVs no tienen mecanismo alguno para detectar AOC falsificados con concentració	Clientes misteriosos: 12 clientes simuladas visitaron 410 PPMVs aleatoriamente en 4 estados de Nigeria. Se evaluó: disponibilidad del AOC, precio, autenticidad verificada (ninguna), consejo sobre procedencia y condiciones de almacenamiento. Análisis cuantitativo descriptivo.	~50% de usuarias de AOC en Nigeria adquieren sus anticonceptivos sin ninguna verificación de autenticidad a través de PPMVs. Cero verificación de autenticidad de los AOC en el 100% de los PPMVs visitados. 30% refirió a centros de salud (insuficiente para garantizar anticonceptivos no falsificados).	Evidencia directa de que el canal de PPMVs es el principal vector de AOC potencialmente falsificados para el 50% de las usuarias nigerianas. Metodología mystery client con alta validez ecológica. Cuantifica la magnitud del canal sin control de anticonceptivos falsificados en Nigeria.	Señala la necesidad urgente de que NAFDAC incluya a los PPMVs en los programas de vigilancia de anticonceptivos falsificados y establezca protocolos de verificación de autenticidad de AOC en el canal informal nigeriano.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
			n hormonal reducida → fallo anticonceptivo. Ausencia total de control de calidad en el principal canal de distribución de AOC en Nigeria.				
(Wekesa et al., 2025)	Plataforma de comercio electrónico (e-commerce) con múltiples canales	Anticonceptivos de autocuidado: DMPA-SC (autoinyectable), píldoras diarias, condones. Contexto: Zonas urbanas y periurbanas con acceso limitado a servicios.	Riesgo de estigma social al adquirir anticonceptivos en persona. Riesgo de falta de privacidad y autonomía. Riesgo de acceso limitado por distancia o juicio de proveedores.	Venta directa al consumidor (DTC) a través de sitio web, agentes comunitarios, centro de llamadas, WhatsApp y código USSD. Pago móvil con M-Pesa. Entrega a domicilio en empaque discreto.	Las participantes con experiencia directa reportaron alta satisfacción con atención al cliente, entrega, y calidad de productos. Aumentó la confianza y el interés. Algunas compraron anticonceptivo	* Privacidad: Empaque discreto, sin interacción social incómoda. * Autonomía: Permite decidir sin presión de proveedores o familiares. * Comodidad: Entrega a domicilio, ahorra tiempo y desplazamientos. * Reducción del estigma: Especialmente	El estudio menciona la existencia de una enfermera de guardia para consultas, lo que sugiere un enlace con profesionales de la salud. Los clientes valoraban tener un contacto de salud.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
					s durante el estudio.	beneficioso para jóvenes.	
	Uso de internet (Google) para búsqueda autónoma de información	Información sobre métodos anticonceptivos (implantes, DIU, etc.) previo a la decisión de uso.	Riesgo de información insuficiente o sesgada por parte de pares. Riesgo de presión social o consejos no deseados. Riesgo de efectos secundarios no anticipados.	Búsqueda privada en internet (Google) para informarse sobre métodos, efectos secundarios y comparar opciones.	Las participantes reportaron que Google era un "espacio seguro" para aprender a su propio ritmo, sin presión y con privacidad. Lo preferían a preguntar a amigas o a proveedores que podían ser juiciosos.	* Privacidad total: Nadie más sabe qué se busca. * Autonomía: Decisión informada y sin prisas. * Evita el juicio: No se depende de la reacción de un proveedor o amigo. * Acceso a información amplia: Permite comparar métodos.	Ayuda a las mujeres a llegar mejor informadas a la consulta o a decidir no acudir si la información es suficiente. Puede reducir la demanda en servicios si se opta por el autocuidado.
	Capacitación presencial por proveedores para autoinyección de DMPA-SC	DMPA-SC (anticonceptivo inyectable de depósito subcutáneo).	Riesgo de administración incorrecta. Riesgo de efectos secundarios no manejados. Riesgo de abandono del método por falta de confianza.	Capacitación inicial cara a cara con un proveedor de salud capacitado sobre el procedimiento de autoinyección. Posteriormente, la usuaria puede autoinyectarse.	El gobierno de Kenia aprobó primero la administración por proveedores y luego la autoinyección tras capacitación. El estudio explora cómo el e-commerce	* Empodera a la mujer para su autocuidado. * Reduce visitas al centro de salud para cada dosis. * Aumenta la autonomía y continuidad del método.	la capacitación es impartida por el sistema de salud. Luego, el autocuidado se desconecta parcialmente del sistema, aunque puede requerir seguimiento. El e-commerce podría ser un canal para

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
					podría facilitar el acceso a este método de autocuidado.		obtener las dosis de repuesto.
	Uso de agentes de ventas comunitarios (de la plataforma e-commerce)	Anticonceptivos de autocuidado (condones, píldoras, posiblemente DMPA-SC) para mujeres sin acceso a internet o dispositivos.	Riesgo de exclusión por falta de teléfono inteligente, datos o alfabetización digital. Riesgo de pérdida de privacidad al pedir prestado un dispositivo.	Agente de ventas (persona contratada por la empresa de e-commerce) que realiza pedidos en nombre del cliente usando su propio dispositivo, a cambio de una comisión.	El estudio menciona que al menos una participante conocía y había usado este método. La plataforma ya lo ofrecía como solución para el acceso limitado.	* Permite el acceso a mujeres sin smartphone ni datos. * Supera la barrera de la alfabetización digital. * Evita los problemas de privacidad del dispositivo prestado.	Podría vincularse con sistemas formales si los agentes son también promotores de salud comunitarios (PSC), como los que ayudaron en el reclutamiento del estudio.
(Wagnild et al., 2024)	Cuantificación de los determinantes de la compra de anticonceptivos falsificados en los cuatro países africanos con mayor	Anticonceptivos mencionados EXPLÍCITAMENTE como categoría sujeta a compra de riesgo de productos falsificados en Ghana, Nigeria, Sierra Leona y Uganda países con falsificación documentada de:	Determinantes de la compra de anticonceptivos falsificados: restricciones estructurales (costo, distancia, disponibilidad limitada de anticonceptivos	Encuesta transversal representativa (n>1,000/país; 4 países) + regresión logística multinivel + ecuaciones estructurales. Financiado por MRC/Wellcome Trust/DFID.	Anticonceptivos explícitamente identificados como categoría de compra de riesgo en los 4 países. Grupos más expuestos a anticonceptivos falsificados:	Diseño multicéntrico representativo en los 4 países con mayor documentación de anticonceptivos falsificados en África. Cuantifica el gradiente social de la exposición a	Las intervenciones para reducir la adquisición de anticonceptivos falsificados deben abordar simultáneamente la disponibilidad de anticonceptivos auténticos y la educación comunitaria diferenciada para las

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	documentación de falsificación de anticonceptivos: las mujeres de menor NSE y zonas rurales son las más expuestas a anticonceptivos falsificados y las que menos herramientas tienen para identificarlos	AE con levonorgestrel (Nigeria, Ghana), desvío de AE al mercado informal (Uganda), anticonceptivos en el mercado informal (Sierra Leona).	os auténticos) y brechas de información sobre cómo identificar anticonceptivos falsificados. Las mujeres rurales de menor NSE son las más expuestas a anticonceptivos falsificados. Mayor conciencia sobre anticonceptivos falsificados → menor compra de riesgo.		mujeres, zonas rurales, menor NSE, menor educación. Mayor conciencia sobre SFMs → menor probabilidad de comprar anticonceptivos falsificados.	anticonceptivos falsificados. Anticonceptivos incluidos explícitamente.	mujeres más vulnerables a los anticonceptivos falsificados.
(Wagnild et al., 2025)	Las campañas educativas sobre anticonceptivos	Campañas educativas sobre medicamentos FALSIFICADOS en Ghana, Nigeria, Sierra	Las campañas educativas sobre anticonceptivos	73 FGDs (n=611) + 80 entrevistas individuales + 4 grupales (n=111 KIIs) en Ghana, Nigeria, Sierra	Solo 8–14% de los FGDs y 12.5–31.4% de KIIs habían visto materiales de	Evaluación de intervenciones de prevención de adquisición de anticonceptivos falsificados en los	Recomienda diseñar campañas específicas sobre anticonceptivos falsificados (levonorgestrel,

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>falsificados en los cuatro países africanos con mayor prevalencia de falsificación de anticonceptivos son insuficientes y profundamente inequitativas : las mujeres más vulnerables ante los anticonceptivos falsificados son precisamente las que menos probabilidad tienen de ser</p>	<p>Leona y Uganda países con falsificación documentada de anticonceptivos (AE levonorgestrel en Nigeria y Ghana; DMPA desviado en Uganda). Las campañas no diferenciaban anticonceptivos falsificados de otros medicamentos falsificados.</p>	<p>falsificados tienen alcance críticamente bajo (8–14% de exposición en la comunidad) y son inequitativas: las mujeres más expuestas a anticonceptivos falsificados son las que menos información reciben. Riesgo de que las campañas amplifiquen la brecha de vulnerabilidad ante anticonceptivos falsificados entre grupos sociales.</p>	<p>Leona y Uganda. Financiado por MRC/Wellcome Trust/DFID.</p>	<p>campana sobre medicamentos falsificados (incluyendo anticonceptivos falsificados). Las campañas sobre anticonceptivos falsificados llegaron más a los ya informados. Las mujeres más vulnerables ante anticonceptivos falsificados = menor exposición a las campañas.</p>	<p>4 países africanos más relevantes. Perspectiva de equidad explícita en el acceso a información sobre anticonceptivos falsificados.</p>	<p>AOC, DMPA) mediante canales comunitarios que lleguen a las mujeres más vulnerables (radio comunitaria, trabajadores de salud comunitaria, líderes religiosos).</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Agbanou et al., 2025)	<p>alcanzadas por la información.</p> <p>Las campañas 'Halte aux médicaments de la rue' del Ministerio de Salud de Benín redujeron la adquisición de anticonceptivos falsificados en el mercado informal en un 28.4% en ~18 años: este es el modelo más sólido disponible de intervención comunitaria exitosa</p>	<p>Anticonceptivos presentes en el mercado informal de Cotonú con riesgo de FALSIFICACIÓN: AOC (levonorgestrel/etilestradiol; Microgynon y genéricos), AE (levonorgestrel), inyectables (DMPA/Depo-Provera). Los anticonceptivos del mercado informal de África occidental incluyen productos falsificados procedentes de Nigeria y Ghana.</p>	<p>Reducción documentada de la adquisición de anticonceptivos falsificados en el mercado informal de Cotonú (35.6% → 25.5%) gracias a campañas educativas y operaciones de confiscación. Los grupos socioeconómicamente más vulnerables siguen siendo los más expuestos a anticonceptivos</p>	<p>Encuesta transversal comunitaria de base poblacional a nivel de hogar en Cotonú; análisis de regresión logística para factores asociados; comparación con datos de 2006.</p>	<p>Prevalencia de adquisición de anticonceptivos en el mercado informal (con riesgo de falsificación): 25.5% en 2025 vs. 35.6% en 2006. Reducción del 28.4% atribuida a campañas y confiscaciones de anticonceptivos falsificados. Mayor NSE y empleo formal → menor adquisición de anticonceptivos falsificados.</p>	<p>Evidencia longitudinal de la efectividad de intervenciones comunitarias para reducir la adquisición de anticonceptivos falsificados. Modelo reproducible en Nigeria y Ghana (países con mayor prevalencia documentada de anticonceptivos falsificados).</p>	<p>El modelo de Benín (campañas + confiscaciones) para reducir anticonceptivos falsificados en el mercado informal puede ser adaptado por Nigeria y Ghana como estrategia de prevención comunitaria.</p>

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	contra los anticonceptivos falsificados en el mercado informal de África occidental.		falsificados en el mercado informal. El mercado informal de Cotonú distribuye anticonceptivos (AOC, AE, DMPA) de autenticidad no garantizada.				
(Musoke et al., 2025)	En Uganda donde están documentados tanto anticonceptivos falsificados como el robo y desvío de AE auténticos al mercado informal las comunidades solo detectan los anticonceptivos	Medicamentos FALSIFICADOS (incluyendo anticonceptivos falsificados) en Uganda: AE con levonorgestrel sujetos a robo de centros de salud y desvío al mercado informal; AOC y DMPA dispensados en el canal informal sin garantía de autenticidad. Las comunidades	Los anticonceptivos falsificados en Uganda solo se detectan cuando el método falla (embarazo no deseado inesperado), no proactivamente. El miedo a represalias y la ausencia de	12 FGDs (CHWs y agricultores; segregados por sexo) + 11 KIIs. Análisis temático con NVivo 2020. Distrito de Wakiso, Uganda. Financiado por Fleming Fund (DHSC, UK).	Detección de anticonceptivos falsificados por consecuencias (fallo del método, efectos adversos), no por características técnicas. CHWs = actores más confiables para detección de anticonceptivo	Estudio comunitario en Uganda con anticonceptivos falsificados documentados. Identifica a los CHWs como primera línea de detección. Documenta el mecanismo de sub-reporte de anticonceptivos falsificados.	Señala que los CHWs de Uganda deben ser capacitados específicamente para la detección activa de anticonceptivos falsificados (AE, AOC, DMPA) y para el reporte seguro al Ministerio de Salud de Uganda.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	<p>vos falsificados cuando el método falla (embarazo no deseado) o produce efectos adversos: esto implica que los anticonceptivos falsificados circulan durante meses antes de ser identificados</p>	<p>identifican los anticonceptivos falsificados por el fallo del método, no por características del producto.</p>	<p>comprobante de compra inhiben el reporte de anticonceptivos falsificados. Los CHWs son la primera línea de detección de anticonceptivos falsificados en la comunidad ugandesa.</p>		<p>s falsificados. Miedo a represalias → sub-reporte de anticonceptivos falsificados identificados.</p>		
(Musoke et al., 2025 b)	<p>La 'paradoja del precio' es el mecanismo central de exposición a anticonceptivos falsificados en Uganda: las mujeres saben que</p>	<p>Medicamentos FALSIFICADOS en Uganda, incluyendo anticonceptivos falsificados: AE (levonorgestrel falsificado), AOC (levonorgestrel/etilestradiol falsificado), DMPA</p>	<p>'Paradoja del precio' en anticonceptivos falsificados en Uganda: las mujeres reconocen el riesgo de que los anticonceptivos más</p>	<p>Encuesta transversal cuantitativa (n=432); cuestionario mediante KoboCollect; análisis descriptivo y bivariado. Financiado por</p>	<p>'Paradoja del precio': reconocen el riesgo de anticonceptivos falsificados más baratos pero los adquieren por limitaciones económicas. Conocimiento</p>	<p>Documenta el mecanismo central de adquisición involuntaria de anticonceptivos falsificados en Uganda: la paradoja del precio. Financiado por</p>	<p>Señala la necesidad de subsidios para el acceso a anticonceptivos auténticos en Uganda (para romper la paradoja del precio) y de mejorar los mecanismos de reporte accesibles para anticonceptivos</p>

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>los anticonceptivos más baratos son más probablemente falsificados, pero no tienen capacidad económica para acceder a los anticonceptivos auténticos del sistema formal; el conocimiento del riesgo de anticonceptivos falsificados no protege cuando no hay poder adquisitivo para evitarlos.</p>	<p>(inyectable falsificado). El precio más bajo = señal de posible anticonceptivo falsificado. Las limitaciones económicas obligan a adquirir anticonceptivos potencialmente falsificados.</p>	<p>baratos sean falsificados pero los adquieren por limitaciones económicas. Conocimiento insuficiente sobre cómo identificar anticonceptivos falsificados = mayor exposición. Bajo reporte de anticonceptivos falsificados identificados a las autoridades.</p>	<p>Fleming Fund (DHSC, UK).</p>	<p>insuficiente sobre cómo identificar anticonceptivos falsificados. Bajo reporte de anticonceptivos falsificados identificados.</p>	<p>Fleming Fund (DHSC, UK).</p>	<p>falsificados identificados.</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Pal et al., 2025)	Las píldoras anticonceptivas son una categoría explícitamente documentada como sujeta a falsificación y adquisición online de productos de calidad no verificada en una revisión de 78 estudios globales; el farmacéutico comunitario es el actor clave para prevenir la adquisición de anticonceptivos falsificados,	Anticonceptivos FALSIFICADOS explícitamente documentados: píldoras anticonceptivas (birth control pills / AOC con levonorgestrel) sujetas a adquisición online como anticonceptivos de calidad no verificada. Contexto global (78 estudios de múltiples países y regiones).	Adquisición online de anticonceptivos falsificados (píldoras anticonceptivas) documentada globalmente. Tercio de participantes jordanos cree que los anticonceptivos deben venderse online → facilita la adquisición de anticonceptivos falsificados. Farmacéutico = actor subutilizado en la prevención de adquisición de	Se analizaron 78 estudios incluidos (2007–2024), con financiamiento de Pfizer.	Píldoras anticonceptivas explícitamente mencionadas como producto con riesgo de adquisición falsificada online. Un tercio de los participantes jordanos propicia la compra de anticonceptivos sin receta (vía que facilita anticonceptivos falsificados). Farmacéutico: actor clave subutilizado para prevenir anticonceptivos falsificados.	Análisis global que incluye explícitamente las píldoras anticonceptivas como categoría de producto falsificado o de calidad no verificada online. Identifica el rol subutilizado del farmacéutico ante los anticonceptivos falsificados.	Recomienda fortalecer el rol del farmacéutico comunitario como primera línea de prevención de la adquisición de anticonceptivos falsificados y desarrollar intervenciones específicas para la compra online de anticonceptivos falsificados.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	pero su rol está subutilizado.		anticonceptivos falsificados. Campañas aumentan conciencia sobre anticonceptivos falsificados, pero no generan cambios de comportamiento.				
(Asra de Mekonnen et al., 2025)	El 38.9% de los farmacéuticos comunitarios de Bahir Dar no considera claramente no ético dispensar anticonceptivos falsificados; esta actitud permisiva convierte a	Medicamentos FALSIFICADOS (incluyendo anticonceptivos falsificados) en Bahir Dar, Etiopía. Los farmacéuticos dispensan anticonceptivos de alta rotación con riesgo de falsificación: AOC (levonorgestrel/etilestradiol; Microgynon y genéricos), AE	El 38.9% de farmacéuticos con actitud permisiva hacia la dispensación de anticonceptivos falsificados. Solo el 61.1% considera no ético dispensar anticonceptivos falsificados.	Encuesta transversal (n=162; 100% tasa de respuesta; censo de farmacéuticos de Bahir Dar). Cuestionario estructurado. Análisis descriptivo y de regresión logística binaria. Publicada 25/02/2025.	80.5% buen conocimiento; 61.1% considera no ético dispensar anticonceptivos falsificados (38.9% actitud permisiva); 54.9% actitud proactiva ante anticonceptivos falsificados; 72.8% cree que la educación puede prevenir	Tasa de respuesta del 100% (censo). Documenta la actitud permisiva ante los anticonceptivos falsificados en el 38.9% de los farmacéuticos. Perspectiva del dispensador de primer nivel de anticonceptivos en Etiopía.	Señala la necesidad de fortalecer la formación ética de los farmacéuticos etíopes sobre la dispensación de anticonceptivos falsificados y los mecanismos de reporte a la EFDA (Autoridad Regulatoria de Etiopía).

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	las farmacias comunitarias etíopes en un eslabón de riesgo en la cadena de distribución de anticonceptivos falsificados.	(levonorgestrel 1.5 mg), DMPA (Depo-Provera 150 mg/mL). El 38.9% de los farmacéuticos no considera no ético dispensar anticonceptivos falsificados.	El 80.5% con buen conocimiento técnico sobre anticonceptivos falsificados, pero solo el 54.9% con actitud proactiva. Los farmacéuticos con menor experiencia tienen mayor riesgo de dispensar anticonceptivos falsificados inadvertidamente.		la dispensación de anticonceptivos falsificados.		
(Bandora, 2023)	Etiquetar anticonceptivos como "fekí" (falsos) + Uso de redes sociales y rumores +	Anticonceptivos hormonales (inyectables, píldoras, DIU, parche, píldora del día después) en Tanzania post-discurso presidencial de	Riesgo social: Ser vista como mujer no halali (ilegítima/moralmente incorrecta) por usar	1. Llamar "fekí" a los anticonceptivos por sus efectos secundarios (no por ineficacia), expresando ambivalencia. 2. Transmisión	1. Llamar "fekí" a los anticonceptivos por sus efectos secundarios (no por ineficacia), expresando	* Permite ejercer control sobre la fertilidad sin renunciar públicamente a la identidad moral. * Crea un lenguaje para expresar la	Se evita activamente el sistema formal (hospitales, clínicas) por temor a interrogatorios, juicios morales, obligación de incluir a la pareja y ruptura del secreto. La duka

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>Adquisición en duka la dawa (farmacias informales) + Mantenimiento del secreto y doble identidad (halali pública vs. usuaria privada)</p>	<p>Magufuli (2018), en un contexto de políticas restrictivas, acceso limitado a servicios formales y fuertes normas de género sobre la maternidad.</p>	<p>anticonceptivos, lo que implica pérdida de estatus, pertenencia comunitaria, identidad de "buena mujer tanzana" (ligada a la maternidad), marginación, exclusión, abandono por la pareja o violencia. Riesgo biomédico: Miedo a efectos secundarios (cáncer, infertilidad, ciclos irregulares, miomas, sangrado prolongado) que confirmarían la "falsedad"</p>	<p>anónima de rumores y chismes entre "otras mujeres" (y foros como Jamii Forum) sobre efectos adversos. 3. Compra en duka la dawa (farmacias informales) sin receta, de manera discreta y sin interrogatorios. 4. Uso encubierto de anticonceptivos mientras se proyecta públicamente una identidad halali de mujer fértil y deseosa de tener hijos.</p>	<p>ambivalencia. 2. Transmisión anónima de rumores y chismes entre "otras mujeres" (y foros como Jamii Forum) sobre efectos adversos. 3. Compra en duka la dawa (farmacias informales) sin receta, de manera discreta y sin interrogatorios. 4. Uso encubierto de anticonceptivos mientras se proyecta públicamente una identidad halali de mujer fértil y deseosa de tener hijos.</p>	<p>tensión entre ser "buena mujer" y la necesidad de limitar embarazos. * Acceso a información sin pasar por la autoridad médica (percibida como jerárquica). * Acceso discreto, conveniente y sin juicios en duka la dawa. * Preserva la pertenencia comunitaria y reduce el riesgo de conflicto conyugal.</p>	<p>la dawa y el conocimiento comunitario reemplazan al asesoramiento médico formal. El sistema de salud es visto como poco accesible, intimidante, amenazante para la confidencialidad e información.</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Bashir et al., 2020)	El 47.4% de los fármacos de Alejandría ha almacenado medicamentos falsificados (incluyendo anticonceptivos	Medicamentos FALSIFICADOS (incluyendo anticonceptivos falsificados potencialmente almacenados inadvertidamente en farmacias de Alejandría: AOC (etinilestradiol + levonorgestrel) y AE	del fármaco. Riesgo de información deficiente: Falta de acceso a información médica clara del sistema formal. Riesgo económico y logístico: Costo de clínicas privadas y distancia a centros de salud. El 47.4% de fármacos almacenados u otros medicamentos falsificados sin saberlo. Tasa críticamente baja de reporte de anticonceptivos	Encuesta transversal (n=175; muestreo por conveniencia de todas las farmacias de Alejandría). Cuestionario estructurado. Análisis descriptivo y bivariado.	47.4% almacenó anticonceptivos u otros medicamentos falsificados inadvertidamente. 51.8% los detectó por inspección visual (insuficiente para	Cuantifica la prevalencia de anticonceptivos potencialmente falsificados almacenados inadvertidamente en farmacias (47.4%). Documenta la tasa críticamente baja de reporte de	Señala la necesidad de fortalecer los mecanismos de reporte de anticonceptivos falsificados por farmacéuticos en Egipto y de capacitar en técnicas más allá de la inspección visual para detectar anticonceptivos

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	falsificados) sin saberlo; la tasa críticamente baja de reporte (23.4%) implica que el 76.6% de los anticonceptivos falsificados detectados en farmacias egipcias no llegan al sistema de farmacovigilancia.	(levonorgestrel) son medicamentos de alta rotación en las farmacias egipcias. El 47.4% admitió haber almacenado anticonceptivos potencialmente falsificados.	os falsificados: solo el 23.4%. La inspección visual es insuficiente para detectar anticonceptivos falsificados sofisticados. El 76.6% de los anticonceptivos falsificados detectados en farmacias no llegan al sistema de farmacovigilancia.		anticonceptivos falsificados sofisticados). Solo 23.4% reportó anticonceptivos falsificados a las autoridades regulatorias.	anticonceptivos falsificados (23.4%) como limitación sistémica.	falsificados sofisticados.
(Wor ku et al., 2024)	Los farmacéuticos de Gondar practican detección reactiva de anticonceptivos	Medicamentos FALSIFICADOS (incluyendo anticonceptivos falsificados) en Gondar, Etiopía. Los farmacéuticos de Gondar	Detección de anticonceptivos falsificados: reactiva (tras queja de paciente) no proactiva (inspección	Encuesta transversal a farmacéuticos de Gondar; cuestionario sobre KAP de anticonceptivos y medicamentos falsificados;	Detección de anticonceptivos falsificados reactiva (tras fallo reportado por paciente). Brechas en las definiciones regulatorias de	Documenta la práctica de detección reactiva de anticonceptivos falsificados en una ciudad de alta prevalencia de SFMs.	Señala la necesidad de formación proactiva en la detección de anticonceptivos falsificados (AOC, AE, DMPA) para farmacéuticos de Gondar y de

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>falsificados solo después de que el paciente reporta un fallo del método en lugar de inspección proactiva del stock; esto significa que los anticonceptivos falsificados (AOC, AE, DMPA) pueden circular sin ser detectados hasta que las mujeres experimentan embarazos no deseados.</p>	<p>dispensan anticonceptivos de alta rotación con riesgo de falsificación: AOC (levonorgestrel/etilestradiol), AE (levonorgestrel 1.5 mg), DMPA (inyectable). La detección de anticonceptivos falsificados es reactiva (tras fallo del método reportado), no proactiva.</p>	<p>sistemática). Los anticonceptivos falsificados (AOC, AE, DMPA) pueden circular en Gondar sin ser detectados hasta que el fallo del método es reportado. Los estudiantes de farmacia tienen las mayores brechas para detectar anticonceptivos falsificados.</p>	<p>análisis de regresión logística.</p>	<p>anticonceptivos falsificados. Estudiantes de farmacia: mayor vulnerabilidad para no detectar anticonceptivos falsificados.</p>	<p>Relevancia para la formación farmacéutica en la detección de anticonceptivos falsificados.</p>	<p>mecanismos de vigilancia sistemática del stock de anticonceptivos.</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Hoque & Ghuman, 2012)	El bajo conocimiento sobre las características del AE auténtico (49.8% conciencia, fuentes informales predominantes, 67.3% con concepciones erróneas) crea la vulnerabilidad específica ante AE falsificados: las estudiantes no pueden distinguir un AE falsificado de uno auténtico, y la creencia de que	AE (levonorgestrel) FALSIFICADO O DE CALIDAD NO VERIFICADA en Sudáfrica: disponible sin prescripción desde 2000, con múltiples marcas genéricas (Postinor-2, NorLevo, Escapelle y genéricos). La baja capacidad de las estudiantes de identificar un AE auténtico crea vulnerabilidad ante AE falsificados que imitan las marcas conocidas.	El 50.2% de las estudiantes nunca ha oído del AE → no puede identificar un AE falsificado. El 86.4% no consulta profesionales de salud sobre el AE → dependencia de información de pares sobre cómo distinguir un AE auténtico de uno falsificado. El 67.3% con concepción errónea de que el AE 'causa aborto' → puede buscar sustitutos	Encuesta transversal autoadministrada anónima (n=582); muestreo sistemático en todas las facultades; regresión logística multivariada.	49.8% de conciencia de AE; 21.2% de uso; 67.3% creen que el AE causa aborto; 43.8% obtuvo información de pares (no de profesionales); mayoría adquiriría AE sin receta en farmacias de KwaZulu-Natal.	Documenta las brechas de conocimiento sobre el AE auténtico que crean vulnerabilidad específica ante AE falsificados en Sudáfrica. Identifica la concepción errónea de aborto como driver hacia sustitutos potencialmente falsificados.	Señala la necesidad de programas que aumenten el conocimiento sobre las características del AE auténtico (marcas, empaque, dosis de levonorgestrel) para proteger a las estudiantes ante AE falsificados en el mercado sudafricano.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
			informales potencialmente falsificados en lugar del AE auténtico.				
(Kgosiemang & Blitz, 2018)	La 'brecha de autenticidad' de Botswana (95% conciencia de AE pero solo 53% conoce el producto auténtico correctamente) es la forma de vulnerabilidad ante AE falsificados más peligrosa: las estudiantes	AE (levonorgestrel) FALSIFICADO O DE CALIDAD NO VERIFICADA en Botswana: requiere prescripción médica → impulsa adquisición en mercado informal o en Sudáfrica (sin prescripción), donde circulan AE falsificados. Solo el 53% conoce las características del AE auténtico → vulnerabilidad	Brecha de autenticidad' ante AE falsificados: 95% de conciencia pero solo 53% con conocimiento preciso del AE auténtico → la mayoría no puede identificar un AE falsificado. El requisito de prescripción médica en Botswana impulsa la adquisición	Encuesta descriptiva autoadministrada (n=371) en todos los ocho facultades de la Universidad de Botswana. Muestreo aleatorio estratificado. Cuestionario validado.	Conciencia: 95%; conocimiento preciso del AE auténtico: 53%; uso: 22%; 52% embarazos no planificados; prescripción médica requerida → impulsa adquisición de AE en canales sin garantía de autenticidad.	Documenta directamente la 'brecha de autenticidad' que crea vulnerabilidad ante AE falsificados. El requisito de prescripción médica como driver hacia canales donde circulan AE falsificados. Comparable con estudios de países con falsificación documentada de AE.	Señala la necesidad de revisar la política de prescripción del AE en Botswana para reducir la migración hacia canales con AE falsificados, y de educar sobre las características del AE auténtico vs. falsificado.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	creen conocer el AE pero no pueden identificar si el producto que adquieren en el mercado informal o en Sudáfrica es un AE falsificado o auténtico.	directa ante AE falsificados.	de AE en el mercado informal o en Sudáfrica donde circulan AE falsificados. 52% de embarazos no planificados puede reflejar el fallo de AE falsificados.				
(Ahmed et al., 2012)	En Etiopía donde los farmacéuticos comunitarios presentan brechas documentadas en su capacidad de detectar anticonceptivos falsificados solo el 29.3% de	AE FALSIFICADO EN ETIOPÍA: levonorgestrel (dosis correcta conocida solo por el 29.3% de las estudiantes). Etiopía tiene alta prevalencia de medicamentos falsificados y farmacéuticos con brechas documentadas para detectar	Doble vulnerabilidad ante AE falsificados en Etiopía: solo el 29.3% de las usuarias conoce la dosis correcta del levonorgestrel auténtico + los farmacéuticos tienen	Encuesta transversal autoadministrada; estudiantes universitarias de Addis Abeba; análisis descriptivo y bivariado; regresión logística para predictores de uso de EC.	Solo 29.3% conoce la dosis correcta del levonorgestrel auténtico; 47.8% obtiene información de pares (no de profesionales); barreras de acceso al canal formal → impulsa adquisición de AE en canales	Documenta la brecha crítica de conocimiento sobre el levonorgestrel auténtico (solo 29.3% conoce la dosis) que hace imposible identificar un AE falsificado con dosis incorrecta. Datos de Etiopía, país con alta prevalencia de	Señala la necesidad de educar sobre las características del AE auténtico (dosis de levonorgestrel: 1.5 mg o 0.75 mg × 2; marcas registradas) para proteger a las estudiantes etíopes ante AE falsificados dispensados por farmacéuticos con brechas en su KAP sobre

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
	las estudiantes de Addis Abeba conoce la dosis correcta del levonorgestrel; esta doble vulnerabilidad (usuarias que no conocen el producto auténtico + farmacéuticos que no detectan el falsificado) es el contexto de máximo riesgo de exposición a AE falsificados.	anticonceptivos falsificados. La falta de conocimiento sobre el AE auténtico impide que las estudiantes identifiquen un AE falsificado.	brechas documentadas en la detección de anticonceptivos falsificados. Las estudiantes no pueden identificar un AE con levonorgestrel a dosis incorrecta o falsificado. Las fuentes informales (pares: 47.8%) perpetúan el desconocimiento del AE auténtico vs. falsificado.		donde pueden circular falsificados.	medicamentos falsificados.	anticonceptivos falsificados.
(Palemo et al., 2014)	Los países con menor conciencia del AE son geográficamente	AE (levonorgestrel) FALSIFICADO EN CONTEXTO GLOBAL: los	Mapa global de vulnerabilidad diferencial ante AE	Análisis secundario de datos DHS de 45 países; regresión logística por país;	Conciencia AE: 2% (Chad) a 66% (Colombia); brechas por	Establece el mapa global de vulnerabilidad ante AE falsificados:	La convergencia geográfica entre países con menor Conciencia del AE y países con AE

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>ente los mismos donde se documentan AE falsificados (Nigeria, Ghana) o sus vecinos directos (Chad, Mali, Burkina Faso): las mujeres de estos países que sí adquieren AE son las menos capaces de identificar si el producto es auténtico o falsificado.</p>	<p>países con menor conciencia (Chad 2%, Mali 4%, Guinea 5%, Burkina Faso 6%) son vecinos de Nigeria y Ghana donde se documentaron AE falsificados. Las mujeres sin Conciencia del AE no pueden distinguir un AE auténtico de uno falsificado.</p>	<p>falsificados: los países con menor conciencia del AE son vecinos de los países con mayor prevalencia documentada de AE falsificados. Las mujeres con menor educación y residentes rurales: menor Conciencia del AE auténtico → mayor vulnerabilidad ante AE falsificados. Los países de África occidental = zona de máxima vulnerabilidad</p>	<p>muestras representativas nacionales de mujeres 15-49 años (datos 2001–2012).</p>	<p>educación, zona de residencia y región. Los países de África occidental con menor conciencia = vecinos o región de los países con AE falsificados documentados</p>	<p>países con menor Conciencia del AE = mayor incapacidad de identificar AE falsificados. Identifica la coincidencia geográfica entre países con menor conciencia y países con AE falsificados documentados.</p>	<p>falsificados documentados justifica intervenciones específicas que combinen acceso a AE auténticos con educación sobre cómo distinguirlos de AE falsificados.</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Adongo et al., 2014)	Las concepciones erróneas sobre los anticonceptivos auténticos en Ghana crean un nicho de mercado para anticonceptivos falsificados presentados como 'más naturales' o 'sin efectos secundarios'; la desconfianza en los AOC auténticos puede hacer que las mujeres ghanesas acepten	Anticonceptivos modernos en Ghana sujetos a DESCONFIANZA que facilita la adquisición de ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS: AOC (levonorgestrel/etilestradiol; Microgynon), inyectables (DMPA), DIU, condones. Ghana tiene: AE falsificados documentados + uso de Primolut-N fuera de indicación como EC (falsificación funcional). La desconfianza en los AOC auténticos puede impulsar hacia anticonceptivos	ante AE falsificados. Las concepciones erróneas sobre los AOC auténticos en Ghana crean vulnerabilidad ante anticonceptivos falsificados presentados como 'más seguros'. La estigmatización de las usuarias impulsa la compra discreta en canales donde circulan anticonceptivos falsificados. La desconfianza en el sistema	22 FGDs con miembros casados de comunidades de norte y sur de Ghana + 14 KIs; análisis temático con QSR Nvivo 10; financiado por el Population Council.	100% creen que los AOC causan infertilidad y fibromas; 87% cáncer; 82% defectos de nacimiento; desconfianza generalizada en AOC auténticos → nicho de mercado para anticonceptivos falsificados 'alternativos'; estigmatización → compra discreta en canales con anticonceptivos falsificados.	Documenta las concepciones erróneas sobre los anticonceptivos auténticos en Ghana que crean el nicho de mercado para anticonceptivos falsificados 'alternativos'. Datos de Ghana con AE falsificados documentados.	Señala que los programas de planificación familiar en Ghana deben desmitificar los efectos nocivos de los AOC auténticos para cerrar el nicho de mercado de anticonceptivos falsificados 'alternativos'.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	productos de calidad no verificada que prometan ser más seguros que los anticonceptivos auténticos.	falsificados 'alternativos'.	formal puede llevar a aceptar anticonceptivos falsificados del mercado informal.				
(Meredith et al., 2020)	La búsqueda de privacidad en la adquisición de anticonceptivos hormonales impulsa a los adolescentes de EE. UU. hacia las farmacias online no reguladas que son el	Anticonceptivos hormonales FALSIFICADOS O DE CALIDAD NO VERIFICADA en canales online no regulados en EE. UU.: AOC (etinilestradiol + progestágeno), parche Ortho Evra, NuvaRing (etonogestrel/etinilestradiol), AE. Los adolescentes que buscan privacidad acuden a farmacias online donde estos	El estigma en la farmacia comunitaria impulsa a los adolescentes hacia farmacias online con anticonceptivos falsificados o de calidad no verificada. Los adolescentes son el grupo más vulnerable ante la adquisición	Entrevistas en profundidad + encuentros simulados con farmacéuticos (n=60; 14-21 años; 67% mujeres); reclutamiento mediante redes sociales; análisis temático con ATLAS.ti.	Privacidad y estigma = drivers principales hacia farmacias online con anticonceptivos falsificados. La farmacia comunitaria puede retener a los adolescentes ante anticonceptivos falsificados si garantiza privacidad. Adolescentes	Documenta el mecanismo específico (estigma → farmacias online) de exposición de adolescentes a anticonceptivos hormonales falsificados. Conecta con la evidencia sobre anticonceptivos falsificados en canales digitales.	Señala que la farmacia comunitaria debe garantizar privacidad para competir con los canales online de anticonceptivos falsificados y evitar que los adolescentes se expongan a anticonceptivos hormonales de calidad no verificada.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	canal documentado de distribución de anticonceptivos falsificados; el estigma es el motor específico de la exposición de las adolescentes a anticonceptivos hormonales falsificados.	anticonceptivos pueden ser falsificados.	de anticonceptivos hormonales falsificados en canales digitales por menor capacidad de identificar vendedores legítimos.		en regiones conservadoras = más vulnerables ante anticonceptivos hormonales falsificados online.		
(Ngunyen et al., 2023)	AE a través de farmacias comunitarias, educación y asesoría de farmacéuticos, uso de fuentes comunitarias de	Levonorgestrel (venta libre) y mifepristona (con receta). Contexto: farmacias comunitarias en Da Nang, Vietnam. Uso de AE para emergencias anticonceptivas	Embarazo no deseado, aborto inseguro, falta de conocimiento sobre uso correcto, efectos secundarios y contraindicaciones,	Dispensación de AE en farmacias; farmacéuticos informan a clientes usando prospectos, libros, internet, cursos; clientes buscan información en internet, prospectos,	93% de farmacias con levonorgestrel; 86% con mifepristona. Clientes con información de farmacéuticos tuvieron mejor conocimiento (p<0.001). 62% de	Aumenta el acceso rápido a AE, especialmente para mujeres que no pueden acudir a centros de salud; aprovecha la confianza en farmacéuticos; mejora el conocimiento de	Relación débil o informal: las farmacias son puntos de contacto clave pero sin coordinación formal con el sistema de salud; falta derivación a servicios de salud reproductiva; los sistemas de salud

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	información (amigos, familiares, internet, medios), capacitación de farmacéuticos en AE, percepción comunitaria sobre riesgos del acceso libre a AE		desinformación y mitos (daño al feto, infertilidad, aborto), riesgo de sexo sin protección, ITS, uso indiscriminado de AE, especialmente en adolescentes	farmacéuticos, amigos/familiares, libros, medios; capacitación formal de farmacéuticos; actitudes negativas hacia acceso adolescente y temor a conductas de riesgo	clientes con conocimiento deficiente (corte Bloom). Solo 45% sabía que AE no previene embarazo completamente. Farmacéuticos con capacitación reciente mostraron mejor conocimiento ( $p < 0.01$ ). Uso de internet se asoció con mejores actitudes en farmacéuticos ( $p < 0.01$ ) y mejor conocimiento en clientes ( $p < 0.001$ ). Muchos participantes con actitud negativa hacia	los clientes; amplio alcance de internet y medios, bajo costo, acceso 24/7	no supervisan la calidad de la información de fuentes comunitarias ni aprovechan estos canales formalmente; no hay obligatoriedad ni actualización periódica de capacitación para farmacéuticos

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Ola Olorun et al., 2020)	El uso encubierto de anticonceptivos (DMPA, AOC, AE) por las mujeres casadas nigerianas las obliga estructuralmente a adquirirlos en PPMVs y el mercado informal los canales donde están documentados los anticonceptivos falsificados en Nigeria; las dinámicas de poder de	Anticonceptivos adquiridos encubiertamente en canales con ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS en Nigeria: inyectables DMPA (Depo-Provera; más usado encubiertamente por su discreción), AOC (levonorgestrel/etilestradiol), AE (levonorgestrel). Nigeria tiene AE falsificados documentados. Los canales de adquisición discreta (PPMV, mercado informal) son los mismos donde circulan los	El uso encubierto obliga a las mujeres casadas a adquirir DMPA, AOC y AE en PPMVs y el mercado informal los canales con mayor prevalencia de anticonceptivos falsificados en Nigeria. Riesgo de fallo anticonceptivo por anticonceptivo falsificado → embarazo no deseado →	Análisis longitudinal de datos de cohorte PMA2020; panel de mujeres casadas de 15-49 años en Ibadán; regresión logística de efectos fijos.	acceso adolescente y temor a uso indiscriminado  Uso encubierto de DMPA, AOC y AE en PPMVs y mercado informal canales con anticonceptivos falsificados en Nigeria. Mujeres con mayor autonomía: más uso encubierto → más exposición a anticonceptivos falsificados en canales discretos.	Documenta el mecanismo de género que obliga a las mujeres casadas nigerianas hacia los canales con anticonceptivos falsificados. Datos longitudinales de Nigeria (mayor prevalencia de AE falsificados en África).	Señala la necesidad de intervenciones que aborden las dinámicas de poder de género como condición estructural de exposición a anticonceptivos falsificados para las mujeres casadas nigerianas.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	género son el motor de la exposición a anticonceptivos falsificados para las mujeres casadas del país africano con mayor prevalencia de AE falsificados.	anticonceptivos falsificados.	riesgo de violencia doméstica. Las mujeres casadas nigerianas son el grupo más expuesto a anticonceptivos falsificados por el uso encubierto.				
(Are mu, 2013)	Las mujeres rurales pobres de Nigeria son el grupo más expuesto a anticonceptivos falsificados (DMPA, AOC) en Nigeria: su dependencia de los PPMVs y el	Anticonceptivos FALSIFICADOS en canales informales de Nigeria rural: inyectables DMPA/Noristerat (más usados en Nigeria rural; alta vulnerabilidad a falsificación por su amplio uso), AOC (levonorgestrel/etilestradiol; dispensados sin	Gradiente socioeconómico de la exposición a anticonceptivos falsificados en Nigeria: las mujeres rurales más pobres y más jóvenes (15-24 años) son las más expuestas a anticonceptivos	Análisis multinivel multinomial de datos DHS Nigeria 2008; n=1,834 mujeres casadas de 15-49 años en 888 comunidades rurales; modelos de regresión logística multinivel.	Mujeres rurales pobres: dependencia exclusiva de PPMVs y mercado informal para DMPA y AOC los canales con anticonceptivos falsificados en Nigeria. Mujeres más jóvenes (15-24 años): también	Datos representativos nacionales con análisis multinivel. Cuantifica el gradiente socioeconómico de la exposición a anticonceptivos falsificados en Nigeria. Identifica el grupo más expuesto a anticonceptivos falsificados.	Señala la necesidad de garantizar el acceso a anticonceptivos auténticos (DMPA, AOC) específicamente a las mujeres rurales pobres de Nigeria, que son el grupo más expuesto a anticonceptivos falsificados por su dependencia de los PPMVs.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	mercado informal los canales con mayor prevalencia de anticonceptivos falsificados está estructuralmente determinada por la inequidad socioeconómica.	control de calidad por PPMVs), condones. Las mujeres rurales pobres dependen exclusivamente de estos canales con anticonceptivos falsificados.	os falsificados (DMPA, AOC) por su dependencia exclusiva de PPMVs y mercado informal. Las mujeres de mayor NSE acceden a anticonceptivos auténticos en el sector regulado.		mayor dependencia de canales con anticonceptivos falsificados.		
(Gonsalves et al., 2020)	Las farmacias comunitarias de Kenya son el canal primario de acceso a anticonceptivos hormonales para jóvenes en un país con AE falsificados	Anticonceptivos hormonales FALSIFICADOS en Kenya: AE con levonorgestrel falsificados documentados en Kenya; AOC (levonorgestrel/etilestradiol), inyectables (DMPA). Las farmacias comunitarias =	Las farmacias kenianas son el canal primario de anticonceptivos hormonales y el principal punto de entrada de anticonceptivos falsificados. Las actitudes	Encuesta cuantitativa + entrevistas cualitativas a jóvenes usuarios de farmacias comunitarias en Kenya; análisis mixto.	Farmacias = canal primario de anticonceptivos hormonales y de AE falsificados en Kenya. Actitudes negativas de farmacéuticos → impulsan a jóvenes a canales con más	Diseño mixto con perspectiva de jóvenes. Kenya con AE falsificados documentados. Identifica el rol del farmacéutico como única barrera informal ante anticonceptivos falsificados.	Señala el rol clave del farmacéutico keniano como primera barrera ante anticonceptivos falsificados y la necesidad de capacitarlos específicamente para detectar AE, AOC y DMPA falsificados.

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
	documentados; la confianza en el farmacéutico es el único mecanismo informal de protección ante anticonceptivos falsificados, y las actitudes negativas de algunos farmacéuticos impulsan a los jóvenes hacia canales con mayor prevalencia de anticonceptivos falsificados.	canal primario de anticonceptivos en Kenya + principal punto de entrada de anticonceptivos falsificados.	negativas de farmacéuticos hacia jóvenes los impulsan hacia fuentes aún menos reguladas con mayor prevalencia de anticonceptivos falsificados. La confianza en el farmacéutico = único mecanismo informal de protección ante anticonceptivos falsificados.		anticonceptivos falsificados. Confianza en el farmacéutico = única garantía informal ante anticonceptivos falsificados.		
(Gon salve	Farmacias minoristas	Anticonceptivos inyectables	Alta necesidad	Prácticas existentes:	En el estudio el 65% de	Acceso rápido, conveniente y en	Las farmacias operan al margen de

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
s et al., 2019)	privadas y sus mecanismos asociados (dispensación, administración en tienda, derivación a clínicas, sistemas de verificación por SMS, capacitación externa y propuesta de sello de calidad)	(DMPA y combinados), píldoras diarias, anticoncepción de emergencia y condones, utilizados principalmente por jóvenes de 18 a 24 años en el condado de Kwale, Kenia.	insatisfecha de anticoncepción en jóvenes (23%-49.9% según grupo), calidad variable del servicio, incumplimiento normativo (administración sin autorización), alta proporción de farmacias no registradas (63%), personal no calificado, productos falsificados o adulterados (ej. Postinor-2), falta de supervisión regulatoria efectiva y bajo uso de herramientas	dispensación y administración de inyectables en la misma farmacia (con o sin personal calificado), derivación recíproca a clínicas cercanas para la aplicación, uso limitado del sistema de verificación por SMS de la PPB, y capacitaciones esporádicas a cargo de ONG/donantes. Propuesta: creación de un sello de calidad o marca para farmacias que cumplan estándares (personal registrado, licencia, capacitación continua).	farmacias vendían la inyección; en el 44% se podía comprar y recibir la inyección en el lugar; el 63% de las farmacias no estaban debidamente registradas (sin asociación significativa con la disposición a inyectar). El sistema de derivación es utilizado por farmacias que no inyectan. El sistema SMS tiene baja adopción. Las capacitaciones externas han permitido ampliar servicios. La propuesta de	un canal preferido por los jóvenes. Disponibilidad constante en el sector privado. La derivación a clínicas cumple la normativa y crea redes de atención. Las capacitaciones externas mejoran conocimientos y habilidades. El sistema SMS empodera al consumidor (aunque poco usado). El sello de calidad propuesto permitiría identificar farmacias seguras, incentivar el cumplimiento normativo y mejorar la reputación del sector.	la infraestructura pública de adquisición, informes y capacitación. La política nacional permite la dispensación pero no la administración (debe haber derivación). La PPB regula pero con capacidad limitada. El sistema SMS es una herramienta formal pero con baja integración práctica. Las derivaciones a clínicas conectan el punto de venta con el sistema formal de salud. Las capacitaciones externas no son políticas públicas. El sello de calidad propuesto buscaría una colaboración formal entre gobierno (Ministerio de Salud, PPB), asociaciones

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
			de verificación.		sello de calidad aún no implementada.		profesionales y sector privado.
(Ajayi et al., 2016)	Ampiclox, Alabukun y diversas brebajes se consideran “anticonceptivos falsificados funcionales” en Nigeria. Estos productos se comercializan y utilizan como AE, aunque no contienen el principio activo requerido. Sus efectos son equivalentes a los de un AE falsificado con levonorgestrel	AE FALSIFICADOS FUNCIONALES en Nigeria universitaria: (1) Ampiclox (ampicilina 250 mg + cloxacilina 250 mg) antibiótico vendido como AE sin principio activo; (2) 'Alabukun' (paracetamol 300 mg + cafeína 30 mg) analgésico vendido como AE sin principio activo; (3) agua con sal y lima sin ningún principio activo. El AE auténtico (Postinor-2, levonorgestrel) es desconocido para	En el ámbito universitario de Nigeria se ha documentado un mercado de “anticonceptivos falsificados funcionales”, en el que productos como Ampiclox y Alabukun se venden como AE sin ningún principio activo. El resultado es el mismo que el de un AE falsificado con	5 FGDs + 20 entrevistas en profundidad con estudiantes universitarias en dos universidades nigerianas (Afe Babalola University, Ekiti; Ekiti State University). Análisis temático.	En el contexto universitario de Nigeria se ha identificado un mercado de “anticonceptivos falsificados funcionales”, donde productos como Ampiclox (antibiótico), Alabukun (analgésico) y diversas brebajes se utilizan como AE sin contener ningún principio activo anticonceptivo. Sus consecuencias son equivalentes a las de un AE falsificado con	La principal ventaja del estudio es visibilizar la existencia de un mercado de “anticonceptivos falsificados funcionales” en el ámbito universitario de Nigeria. Al identificar sustitutos específicos como Ampiclox, Alabukun y diversas brebajes usados como AE sin principio activo anticonceptivo, el estudio muestra cómo el desconocimiento generalizado del AE auténtico (levonorgestrel) facilita la	Señala la necesidad de intervenciones educativas específicas en universidades nigerianas para reemplazar el mercado de 'anticonceptivos falsificados funcionales' (Ampiclox, Alabukun) con acceso al AE auténtico (levonorgestrel).

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	<p>el, ya que no garantizan la acción anticonceptiva esperada. El mercado de sustitutos no aprobados de AE constituye la manifestación más documentada del problema de los anticonceptivos de emergencia falsificados en Nigeria.</p>	<p>la mayoría de las participantes.</p>	<p>levonorgestrel: mujeres que creen estar protegidas enfrentan embarazos no deseados. Este fenómeno se sostiene en el desconocimiento del AE auténtico basado en levonorgestrel, lo que facilita la proliferación de sustitutos falsificados en el mercado.</p>		<p>levonorgestrel, ya que generan embarazos no deseados en mujeres que creen estar protegidas. Este fenómeno se sostiene en el desconocimiento generalizado del AE auténtico basado en levonorgestrel, lo que facilita la proliferación de sustitutos falsificados en el ámbito universitario.</p>	<p>proliferación de falsificados y expone sus consecuencias directas: embarazos no deseados en mujeres que creían estar protegidas.</p>	
(Abe wa et al., 2024)	<p>El caso de Gondar evidencia una doble vulnerabilidad frente a los AE</p>	<p>AE FALSIFICADOS EN GONDAR, ETIOPÍA: levonorgestrel (Postinor-2 y genéricos). Solo</p>	<p>Doble vulnerabilidad ante AE falsificados en Gondar: menos del 50% de las</p>	<p>Estudio transversal institucional; n=814; muestreo multietápico; cuestionario autoadministrado;</p>	<p>46.19% conocimiento adecuado sobre AE auténtico en Gondar la misma ciudad</p>	<p>N=814. Documenta la doble vulnerabilidad ante AE falsificados en Gondar (usuarias</p>	<p>Señala la necesidad de intervenciones simultáneas en Gondar: educar a las estudiantes sobre el AE auténtico (para que puedan</p>

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>falsificados. Por un lado, menos del 50 % de las usuarias conoce adecuadamente el AE auténtico basado en levonorgestrel; por otro, los farmacéuticos de la misma ciudad presentan brechas documentadas en la detección de anticonceptivos falsificados. Esta convergencia de desconocimiento y limitaciones</p>	<p>el 46.19% de las estudiantes conoce adecuadamente el AE auténtico → la mayoría no puede identificar un AE falsificado. Los farmacéuticos de Gondar tienen brechas documentadas en la detección de AE falsificados → doble vulnerabilidad.</p>	<p>usuarias conoce el AE auténtico → no puede identificar un AE falsificado; los farmacéuticos tienen brechas documentadas en la detección de AE falsificados. El miedo a los efectos secundarios del AE auténtico (42.4%) puede impulsar a las estudiantes hacia sustitutos potencialmente falsificados.</p>	<p>Epi-data 4.6 y STATA 16; Gondar City, Etiopía (abril 2023).</p>	<p>donde los farmacéuticos tienen brechas documentadas en la detección de AE falsificados. 42.4% teme efectos secundarios del AE auténtico → puede impulsar hacia sustitutos potencialmente falsificados.</p>	<p>sin conocimiento + farmacéuticos sin capacidad de detección de anticonceptivos falsificados).</p>	<p>identificar AE falsificados) y capacitar a los farmacéuticos en la detección proactiva de AE falsificados.</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	profesionales configuran un contexto de máximo riesgo para la adquisición y dispensación de AE falsificados.						
(Alhassan et al., 2025)	En el noroeste rural de Ghana país con AE falsificados documentados el acceso muy limitado al sistema formal de salud implica que las estudiantes que utilizan EC acuden al mercado informal donde	AE FALSIFICADOS EN EL NOROESTE RURAL DE GHANA: (1) AE con levonorgestrel falsificados documentados en Ghana; (2) Primolut-N (noretisterona 5 mg) usado fuera de indicación como 'AE falsificado funcional' por recomendación incorrecta de farmacéuticos. El	Acceso muy limitado al AE auténtico en el noroeste rural de Ghana → alta probabilidad de adquisición de AE falsificados (levonorgestrel falsificado) o 'AE falsificados funcionales' (Primolut-N fuera de indicación). Las estudiantes	Cuantitativo transversal; n=310; cuestionario estructurado; dos instituciones del Municipio de Sissala East, Región Noroeste de Ghana (18/03/2025).	Factores asociados a la utilización de EC en el noroeste rural de Ghana contexto con AE falsificados documentados y acceso limitado al AE auténtico.	Perspectiva de estudiantes en zona rural de Ghana (región con AE falsificados documentados). Datos del noroeste de Ghana (subrepresentado en la investigación sobre anticonceptivos falsificados).	Tiene implicaciones directas para mejorar el acceso al AE auténtico en el noroeste rural de Ghana para reducir la adquisición de AE falsificados o de Primolut-N fuera de indicación como 'AE falsificado funcional'.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	circulan AE falsificados con levonorgestrel y Primolut-N (noretisterona) fuera de indicación como 'AE falsificado funcional'.	noroeste de Ghana: acceso muy limitado al AE auténtico → mercado de AE falsificados.	de esta región son especialmente vulnerables ante AE falsificados por la ausencia del sistema formal de salud.				
(Henry et al., 2021)	El uso crónico del AE (≥4 meses/año) en los asentamientos de bajos ingresos de Accra donde la disponibilidad de AE auténticos es limitada y los AE falsificados están documentados en Ghana	AE FALSIFICADOS EN ASENTAMIENTOS DE BAJOS INGRESOS DE ACCRA, GHANA: levonorgestrel (Postinor-2, Escapelle, genéricos). Ghana tiene AE falsificados documentados. El 52% de las usuarias usa el AE acumulativamente ≥4 meses/año → exposición	Exposición crónica a AE de calidad variable (incluyendo AE falsificados) por el uso frecuente como método principal en asentamientos de bajos ingresos de Accra. El 52% de usuarias expuestas acumulativamente ≥4	Encuesta retrospectiva de calendario anticonceptivo (modificado DHS); n=3,703 mujeres sexualmente activas (16-44 años) en asentamientos de bajos ingresos de Accra (2018).	52% de usuarias con uso crónico del AE (≥4 meses/año) en asentamientos de bajos ingresos de Accra donde circulan AE falsificados. Sin transición a métodos más efectivos → exposición crónica a AE de calidad variable incluyendo AE falsificados.	N=3,703. Documenta la exposición crónica a AE de calidad variable (incluyendo AE falsificados) en el grupo más vulnerable de Accra. Ghana con AE falsificados documentados.	Señala la necesidad de asesoramiento en asentamientos de bajos ingresos de Accra para transitar de AE hacia métodos más duraderos, reduciendo la exposición crónica a AE falsificados en el mercado ghanés.

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
	representa la mayor exposición acumulada al mercado de AE de calidad no verificada en el grupo socioeconómicamente más vulnerable.	crónica al mercado de AE donde circulan anticonceptivos falsificados en asentamientos de bajos ingresos.	meses/año a un mercado de AE que incluye AE falsificados en Ghana. Falta de transición a métodos más efectivos → perpetuación de la exposición crónica a AE falsificados.				
(Kon gnyu y et al., 2007)	El bajo conocimiento sobre la dosis correcta del levonorgestrel (solo 29.5%) en Camerún país con flujos comerciales con Nigeria, el mayor origen de AE falsificados	AE FALSIFICADOS EN EL CONTEXTO DE CAMERÚN: levonorgestrel (marcas disponibles: Postinor-2 y genéricos). Camerún comparte flujos comerciales con Nigeria el principal origen documentado de AE falsificados en	Solo el 29.5% de los estudiantes cameruneses conoce la dosis correcta del levonorgestrel → la mayoría no puede identificar un AE falsificado con dosis incorrecta. Solo el 38.6% conoce el	Cuestionario autoadministrado anónimo preprobado; n=664 (94.9% tasa de respuesta); Universidad de Buea, Camerún.	Solo 29.5% conoce la dosis correcta del levonorgestrel auténtico → incapacidad de identificar AE falsificados con dosis incorrecta. Solo 38.6% conoce el plazo de 72 horas. Camerún: flujos	Alta tasa de respuesta (94.9%). Documenta brechas específicas que impiden identificar AE falsificados (dosis y plazo). Relevancia por la proximidad geográfica y comercial con Nigeria, el principal origen	Señala la necesidad de programas en Camerún que eduquen sobre la dosis correcta del levonorgestrel (para identificar AE falsificados con dosis incorrecta) y sobre las marcas registradas auténticas, especialmente ante los flujos de AE falsificados provenientes de Nigeria.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	en África implica que la mayoría de los estudiantes cameruneses no puede identificar un AE falsificado con dosis de levonorgestrel incorrecta.	África. Solo el 29.5% conoce la dosis correcta del levonorgestrel → la mayoría no puede identificar un AE falsificado con dosis incorrecta.	plazo de 72 horas → no pueden evaluar si un AE vencido (de calidad no verificada) es adecuado. El 52.8% cree que el AE puede causar daño fetal → puede buscar sustitutos potencialmente falsificados.		comerciales con Nigeria (principal origen de AE falsificados).	de AE falsificados en África.	
(Darteh & Doku, 2016)	El 43% de los estudiantes universitarios de Cape Coast que nunca ha oído del AE no puede en ningún caso identificar un AE falsificado o distinguirlo	AE FALSIFICADOS EN GHANA: (1) AE con levonorgestrel falsificados documentados; (2) Primolut-N (noretisterona 5 mg) fuera de indicación = 'AE falsificado funcional' recomendado por	El 43% sin conciencia del AE: incapacidad total de identificar AE falsificados o sustitutos no aprobados en Ghana. El 64% que no ha usado EC puede recurrir a AE	Estudio transversal; datos 2013; Universidad de Cape Coast, Ghana; regresión logística para predictores de uso de EC.	43% nunca ha oído del AE → incapacidad total de identificar AE falsificados. 36% ha usado EC en Ghana país con AE falsificados y Primolut-N fuera de indicación documentados	Los datos de Ghana documentan tanto la circulación de AE falsificados como el uso fuera de indicación de Primolut-N. El estudio incorpora la perspectiva de ambos sexos y permite identificar un vacío de	Señala la necesidad de programas en Ghana que aborden específicamente la diferencia entre el AE auténtico (levonorgestrel) y los AE falsificados o Primolut-N fuera de indicación disponibles en el mercado.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	de un sustituto no aprobado (Primolut-N) un país donde ambos circulan documentadamente en el mercado de anticonceptivos.	farmacéuticos. El 43% sin conciencia del EC no puede identificar AE falsificados. El 64% que no ha usado EC puede recurrir a falsificados.	falsificados o Primolut-N fuera de indicación. El canal de adquisición preferido (farmacias) es el mismo donde Primolut-N fuera de indicación es recomendado como AE.		. Farmacias = canal de adquisición donde se recomiendan AE falsificados funcionales.	conocimiento que incrementa la vulnerabilidad frente a la adquisición y uso de AE falsificados. Esta falta de información adecuada sobre el AE auténtico basado en levonorgestrel constituye el principal factor de riesgo que sostiene el mercado de sustitutos no autorizados.	
(Rokicki & Merten, 2018)	El caso de Ghana constituye la evidencia más detallada en África de un "AE falsificado funcional": Primolut-N (noretistero	AE FALSIFICADOS FUNCIONALES EN GHANA Caso documentado: Primolut-N (noretisterona 5 mg; progestágeno para trastornos menstruales)	Caso documentado de 'AE falsificado funcional' en Ghana: farmacéuticos recomiendan Primolut-N (noretisterona) en lugar del	Entrevistas en profundidad (n=32 mujeres solteras de 18-24 años en Accra); análisis temático; financiado por Harvard University (IRB13-1647) y Ghana Health Service.	En Accra se ha documentado un caso de "AE falsificado funcional": farmacéuticos recomiendan Primolut-N (noretisterona) como método de	Se documenta en Ghana el caso más detallado de "AE falsificado funcional" en África: Primolut-N, un progestágeno indicado para otros usos, fue recomendado por farmacéuticos	Señala la necesidad urgente de intervenir en las farmacias de Ghana para detener la recomendación de Primolut-N como 'AE falsificado funcional' y garantizar el acceso al levonorgestrel auténtico verificado.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>na) fue recomendada o por farmacéuticos como método de emergencia, pese a no tener eficacia anticonceptiva en ese contexto. Este producto, vendido y dispensado como AE, genera consecuencias idénticas a las de un AE falsificado con levonorgestrel, al inducir una falsa sensación de protección y derivar en</p>	<p>recomendado por farmacéuticos como AE en lugar del levonorgestrel auténtico. Resultado: embarazo no deseado (idéntico al de un AE con levonorgestrel falsificado). Ghana también tiene AE con levonorgestrel falsificados documentados.</p>	<p>levonorgestrel auténtico → resultado idéntico a un AE falsificado (embarazo no deseado). Las mujeres de Accra no pueden distinguir el AE auténtico (levonorgestrel) del 'AE falsificado funcional' (Primolut-N) si el farmacéutico los recomienda indistintamente.</p>		<p>emergencia. Esta práctica genera consecuencias idénticas a las de un AE falsificado con levonorgestrel, pues no ofrece protección anticonceptiva real. Además, las mujeres de Accra no logran distinguir entre el AE auténtico y el denominado "AE falsificado funcional", lo que incrementa su vulnerabilidad frente a embarazos no deseados.</p>	<p>como método de emergencia. Esta práctica constituye evidencia de desinformación farmacéutica que, en la práctica, equivale a la dispensación de un AE falsificado. El hallazgo revela cómo la falta de conocimiento profesional y la confusión sobre el AE auténtico basado en levonorgestrel generan un contexto de alto riesgo para las usuarias.</p>		

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Teixeira et al., 2012)	<p>Las representaciones culturales del AE en África occidental crean las condiciones perfectas para que los AE falsificados circulen sin ser detectados: las mujeres evalúan el AE por sus efectos culturalmente esperados (menstruación), no por sus características farmacológicas; un AE</p>	<p>AE FALSIFICADOS EN ÁFRICA OCCIDENTAL (Burkina Faso, Ghana, Senegal, Togo): levonorgestrel evaluado culturalmente por efectos esperados (menstruación) y no por composición farmacológica. Ghana tiene AE falsificados documentados. Las representaciones culturales impiden identificar AE falsificados cuando producen el efecto culturalmente esperado.</p>	<p>Las representaciones culturales del AE en África occidental hacen imposible la detección de AE falsificados: si el AE falsificado produce el efecto culturalmente esperado (menstruación), es considerado 'efectivo'. El uso de dosis no aprobadas del levonorgestrel impide detectar AE falsificados con dosis</p>	<p>Estudio antropológico social; análisis de datos de Burkina Faso, Ghana, Senegal y Togo; análisis temático de representaciones y prácticas.</p>	<p>Las representaciones culturales del AE en África occidental (Ghana con falsificación documentada) impiden la detección de AE falsificados. El uso de dosis no aprobadas hace invisible la diferencia entre AE auténticos y falsificados. El mercado de AE falsificados es perpetuado por estas representaciones.</p>	<p>Perspectiva antropológica única. Datos de cuatro países de África occidental incluyendo Ghana (AE falsificados documentados). Documenta el mecanismo cultural que hace invisible los AE falsificados.</p>	<p>Señala que las estrategias de comunicación sobre AE auténticos vs. falsificados en África occidental deben incorporar las representaciones culturales locales para ser efectivas en proteger a las mujeres ante AE falsificados.</p>

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	falsificado puede ser considerado 'efectivo' si produce este efecto, perpetuando el mercado de AE falsificados en Ghana, Burkina Faso, Senegal y Togo.		incorrecta. El mercado de AE falsificados es invisible bajo estas representaciones culturales.				
(Amalba et al., 2014)	En Tamale, al norte de Ghana país con circulación documentada de AE falsificados, la indisponibilidad del AE auténtico se asocia con un incremento significativo	AE FALSIFICADOS EN TAMALE, NORTE DE GHANA: levonorgestrel falsificados y Primolut-N (noretisterona) fuera de indicación = 'AE falsificado funcional'. La indisponibilidad (OR:4.8) y la inasequibilidad	En Tamale, la indisponibilidad del AE auténtico se asocia con un aumento significativo en la adquisición de AE falsificados o del uso fuera de indicación de Primolut-N (OR: 4.8). A su vez, la	Estudio transversal; n=200; cuestionario validado; análisis de regresión logística; Tamale, Ghana.	Disponibilidad (OR:4.8) e inasequibilidad (OR:7.0) del AE auténtico → principales drivers de la adquisición de AE falsificados o Primolut-N fuera de indicación en el norte de Ghana.	En el norte de Ghana se han cuantificado los factores que impulsan la adquisición de AE falsificados. La indisponibilidad del producto auténtico aumenta el riesgo de compra (OR: 4.8), mientras que la inasequibilidad lo	Señala la necesidad de mejorar la disponibilidad y asequibilidad del AE auténtico en el norte de Ghana para reducir la adquisición de AE falsificados o Primolut-N fuera de indicación en el mercado informal.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>en la adquisición de AE falsificados o del uso fuera de indicación de Primolut-N (OR: 4.8). A su vez, la inasequibilidad económica (OR: 7.0) impulsa a las mujeres hacia el mercado informal, donde predominan los AE falsificados. Estos hallazgos muestran cómo las barreras estructurales de acceso,</p>	<p>(OR:7.0) del AE auténtico son los drivers de la adquisición de AE falsificados en el norte de Ghana.</p>	<p>inasequibilidad económica (OR: 7.0) obliga a muchas mujeres a recurrir al mercado informal, donde circulan AE falsificados en Ghana. Estos hallazgos evidencian cómo las barreras estructurales de acceso disponibilidad y costo actúan como drivers críticos de la vulnerabilidad frente a productos falsificados.</p>			<p>incrementa aún más (OR: 7.0). Estos datos, obtenidos en un contexto donde la circulación de AE falsificados está documentada, evidencian cómo las barreras estructurales de acceso generan una vulnerabilidad crítica frente a la adquisición de productos falsificados.</p>		

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	tanto de disponibilidad como de costo, actúan como drivers críticos de la vulnerabilidad frente a productos falsificados en el norte de Ghana.						
(Sychareun et al., 2013)	En Laos PDR, la ausencia del AE auténtico en el sector público implica que el 100% de los AE adquiridos proviene del sector privado no regulado (importaciones)	AE FALSIFICADOS O DE CALIDAD NO VERIFICADA EN LAOS PDR: el 100% del mercado de AE provenía de importaciones informales (Tailandia, Vietnam) sin garantía de autenticidad. Solo el 8.1% conoce la dosis correcta del levonorgestrel →	El 100% del mercado de AE en Laos PDR era potencialmente de calidad no verificada (importaciones informales sin control). El 91.9% de los participantes no conoce la dosis correcta del levonorgestrel →	Encuesta transversal en locales de entretenimiento; n=500; muestreo por conveniencia; Vientiane (mayo-julio 2007).	Solo 8.1% conoce la dosis correcta del levonorgestrel (incapacidad de identificar AE falsificados). AE ausentes en el sector público de Laos → 100% del mercado potencialmente falsificado (importaciones)	Único estudio de AE en Laos PDR. Documenta la situación de máxima vulnerabilidad ante AE falsificados: ausencia del producto auténtico en el sector público + mercado 100% informal con riesgo de falsificados.	Señala la necesidad urgente de hacer disponible el AE auténtico (levonorgestrel verificado) en el sector público de Laos PDR para eliminar el mercado de AE falsificados importados informalmente.

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
	informales de Tailandia y Vietnam); un mercado donde todos los AE son potencialmente falsificados o de calidad no verificada; el 91.9% de los participantes no conoce la dosis correcta del levonorgestrel → nadie puede identificar un AE falsificado.	la gran mayoría no puede identificar AE falsificados importados. AE ausentes en el sector público → mercado 100% informal con riesgo de falsificados.	I → no puede identificar AE falsificados. Situación de máxima vulnerabilidad ante AE falsificados por la ausencia total del producto auténtico en el sector público.		informales sin control de Tailandia, Vietnam).		
(Kariim et al., 2021)	En Arabia Saudita, el 82 % de los hombres nunca ha oído hablar del AE. En contextos	AE FALSIFICADOS Y DESCONOCIMIENTO MASCULINO EN ARABIA SAUDITA: el 82%	El 82% de desconocimiento masculino del AE en Arabia Saudita → incapacidad total de	Estudio descriptivo analítico transversal; n=461 (86% tasa de respuesta); cuestionario estructurado;	82% nunca ha oído del AE → incapacidad de identificar AE falsificados. Solo 14.1% con conocimiento	El estudio aporta una perspectiva masculina sobre el riesgo de adquisición de AE falsificados, un enfoque muy escaso en la	Señala la necesidad de educar a los hombres en Arabia Saudita sobre las características del AE auténtico para reducir el riesgo de que adquieran AE

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
	donde los hombres toman las decisiones anticonceptivas, este desconocimiento los convierte en vectores de exposición a AE falsificados para sus parejas, ya que adquieren el producto sin ninguna capacidad de verificar su autenticidad .	de los hombres nunca ha oído del AE → no puede distinguir un AE auténtico de uno falsificado. En contextos conservadores donde el hombre compra los anticonceptivos, este desconocimiento es un factor de riesgo de adquisición de AE falsificados.	identificar AE falsificados en la compra. En contextos donde el hombre compra los anticonceptivos, este desconocimiento es un factor de riesgo de adquisición de AE falsificados para la pareja. Solo el 14.1% con conocimiento adecuado: podría identificar características básicas del AE auténtico vs. falsificado.	regresión logística multivariada	adecuado. Factores culturales y religiosos → barreras al conocimiento sobre AE auténticos vs. falsificados.	literatura. Con una alta tasa de respuesta (86%), ofrece evidencia sólida en un contexto del Golfo, región subrepresentada en la investigación sobre anticonceptivos falsificados. Este aporte amplía la comprensión del fenómeno al incluir la voz masculina en un escenario geográfico poco explorado.	falsificados en la compra de anticonceptivos para la pareja.
(Nara et al., 2020)	El robo de AE (levonorgestrel) por	AE ROBADOS Y DESVIADOS AL MERCADO INFORMAL DE	Robo documentado de AE (levonorgestrel)	Múltiples métodos: revisión de literatura + 11 Klls + 4 FGDs	Robo documentado de AE auténticos por	Un estudio con diseño de múltiples métodos en	Señala la necesidad de implementar controles de seguridad para

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>personal de centros de salud en Uganda es el mecanismo más documentado de creación del mercado de anticonceptivos de calidad no verificada: los AE auténticos robados ingresan al mercado informal donde se mezclan con AE falsificados, haciendo imposible para las mujeres refugiadas distinguir</p>	<p>UGANDA Mecanismo documentado de anticonceptivos de calidad no verificada: personal de centros de salud roba AE con levonorgestrel auténticos → los desvía al mercado informal → se mezclan con AE potencialmente falsificados. Las refugiadas congoleñas no pueden identificar si los AE adquiridos son los robados auténticos o AE falsificados.</p>	<p>el) por personal de salud en Uganda → desvío al mercado informal donde se mezclan con AE falsificados. Las refugiadas congoleñas adquieren AE en Kampala en farmacias privadas sin garantía de autenticidad. Indisponibilidad crónica de AE auténticos en Nakivale → mayor exposición a AE de calidad no verificada incluyendo falsificados.</p>	<p>(n=36) + 21 entrevistas en profundidad; Nakivale y Kampala, Uganda (2017).</p>	<p>personal de salud → mercado informal con AE de calidad no verificada en Uganda. Indisponibilidad crónica de AE auténticos → adquisición en farmacias privadas de Kampala sin garantía de autenticidad.</p>	<p>Uganda documenta el robo como mecanismo específico de creación del mercado informal de AE potencialmente falsificados. La investigación incorpora la perspectiva de mujeres refugiadas, identificándolas como un grupo especialmente vulnerable frente a esta dinámica, dado que dependen de canales informales donde circulan productos de calidad no verificada.</p>	<p>prevenir el robo de AE auténticos en Uganda (que alimenta el mercado de AE potencialmente falsificados) y de garantizar el suministro estable de AE auténticos a las refugiadas.</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Hernandez et al., 2018)	<p>cuáles son auténticos.</p> <p>Las farmacias privadas de Kinshasa son el canal primario de AE en un país con alta vulnerabilidad a medicamentos falsificados y cadena de suministro débil; la calidad del consejo sobre EC y la disponibilidad documentada son indicadores proxy del riesgo de que los AE dispensado</p>	<p>AE FALSIFICADOS O DE CALIDAD NO VERIFICADA EN KINSHASA, RDC: levonorgestrel (marcas importadas: Postinor-2 y genéricos de India, China y otros países sin garantía de autenticidad). La RDC tiene una de las cadenas de suministro de medicamentos más vulnerables a falsificados en África. Las farmacias privadas de Kinshasa = principal canal de AE con alta probabilidad de falsificados.</p>	<p>Las farmacias privadas de Kinshasa dispensan AE en un contexto de alta vulnerabilidad a medicamentos falsificados y cadena de suministro débil. La calidad del consejo sobre EC en Kinshasa es un indicador de la probabilidad de que los AE dispensados sean auténticos vs. falsificados. La debilidad regulatoria de</p>	<p>Clientes misteriosos en farmacias privadas de Kinshasa; evaluación de disponibilidad, precio y calidad del consejo sobre EC.</p>	<p>Disponibilidad y calidad del consejo sobre AE en Kinshasa evaluadas mediante mystery client en contexto de alta vulnerabilidad a AE falsificados. La debilidad regulatoria de la RDC facilita la circulación de AE falsificados importados.</p>	<p>Es caracterizada por su alta validez ecológica, además documenta un contexto de máxima vulnerabilidad frente a la adquisición de AE falsificados. La investigación aporta evidencia desde un país de África central que permanece subrepresentado en la literatura sobre anticonceptivos falsificados, ampliando así el mapa regional de riesgo y exposición.</p>	<p>Señala la necesidad de supervisión regulatoria del sector farmacéutico privado de Kinshasa para reducir la circulación de AE falsificados importados sin garantía de autenticidad en la RDC.</p>

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	s en Kinshasa sean falsificados o de calidad no verificada.		la RDC crea condiciones óptimas para la circulación de AE falsificados.				
(Glaser et al., 2010)	La inaccesibilidad del AE auténtico en el 12.5% de las farmacias de Lothian incluso en un contexto regulatorio robusto impulsa a las mujeres a buscar el AE en canales menos regulados donde pueden circular AE falsificados o de calidad no	AE INACCESIBLE EN EL 12.5% DE LAS FARMACIAS DE ESCOCIA: levonorgestrel. El 12.5% de inaccesibilidad en farmacias reguladas → impulsa la búsqueda en canales con AE de calidad no verificada. El 12.5% de negativas más allá de 72 horas (error médico) → percepción de ineficacia del AE auténtico → potencial recurso	AE inaccesible en el 12.5% de farmacias reguladas de Escocia → impulsa hacia canales con AE de calidad no verificada. El 17.5% de negativas por 'contraindicaciones' → acceso limitado al AE auténtico. El 12.5% niega AE más allá de 72h (error: válido hasta 120h) → percepción de que el AE no sirve →	Comprador misterioso; 40 farmacias comunitarias en Lothian, Escocia; proforma de evaluación de disponibilidad y calidad del consejo sobre EC.	AE inaccesible en 12.5% de farmacias → impulsa a canales con AE de calidad no verificada. AE negado más allá de 72h (error: válido hasta 120h) en 12.5% → percepción errónea que puede impulsar hacia AE falsificados 'alternativos'. Solo 25% aconsejó anticoncepción futura.	Un estudio realizado en Lothian, Escocia, empleó la metodología de comprador misterioso en 40 farmacias comunitarias. Se utilizó una proforma estandarizada para evaluar tanto la disponibilidad del AE como la calidad del consejo ofrecido por los farmacéuticos. Este diseño permite medir de manera directa la práctica real de dispensación y	Documenta que la inaccesibilidad del AE auténtico incluso en contextos regulatorios robustos es el mecanismo que crea el mercado de AE de calidad no verificada; en LMIC con menor regulación y AE falsificados documentados, este efecto es significativamente mayor.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	verificada; la restricción de acceso al AE auténtico es el mecanismo que crea el mercado de AE de calidad no verificada.	a sustitutos falsificados.	potencial recurso a sustitutos falsificados.			asesoría, aportando evidencia con alta validez ecológica sobre el acceso y la calidad de la atención en el contexto escocés.	
(Nalwadda et al., 2010)	Las barreras del sistema formal de salud ugandés (falta de confidencialidad, actitudes negativas de proveedores) impulsan a los jóvenes ugandeses hacia los canales informales	ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS O ROBADOS EN UGANDA a los que los jóvenes acuden por barreras del sistema formal: AE (levonorgestrel) robados de centros de salud y desviados al mercado informal; AE potencialmente falsificados en el mercado informal	Las barreras del sistema formal (falta de confidencialidad, actitudes negativas) impulsan a los jóvenes ugandeses hacia canales informales con AE robados y AE potencialmente falsificados. Las ideas equivocadas	16 FGDs (grupos homogéneos por estado civil y sexo, 15-24 años) en Mityana y Mubende, Uganda; análisis de contenido cualitativo; financiado por Sida/SAREC.	Barreras del sistema formal (falta de confidencialidad, actitudes negativas) → jóvenes ugandeses expuestos a AE robados y falsificados en el mercado informal. Ideas equivocadas sobre anticonceptivos auténticos → potencial recurso a	Un estudio en Uganda, financiado por Sida/SAREC, incorpora la perspectiva de jóvenes de ambos sexos en un contexto donde se han documentado AE robados y potencialmente falsificados. Esta evidencia resulta especialmente relevante porque amplía la comprensión del	Señala la necesidad de eliminar las barreras del sistema formal ugandés para reducir la exposición de los jóvenes a AE robados y falsificados en el mercado informal.

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
	donde están documentados: AE robados de centros de salud y AE potencialmente falsificados; las barreras del sistema formal son el mecanismo de exposición de los jóvenes ugandeses a anticonceptivos falsificados.	ugandés. Las barreras de confidencialidad impulsan a los jóvenes hacia estos canales con anticonceptivos de calidad no verificada.	sobre los efectos de los anticonceptivos auténticos pueden impulsar hacia sustitutos potencialmente falsificados 'más seguros'. Uganda: doble mercado de anticonceptivos de calidad no verificada (robados + falsificados).		sustitutos falsificados.	fenómeno al incluir la voz juvenil, un grupo clave en la demanda de AE, y muestra cómo la exposición a productos de calidad no verificada afecta directamente a su vulnerabilidad reproductiva.	
(Ajayi et al., 2017)	Las universitarias nigerianas adquieren el AE principalmente en farmacias el canal	AE FALSIFICADOS EN FARMACIAS NIGERIANAS: levonorgestrel (Postinor-2, Levonorgestrel-Organon, y genéricos).	Las farmacias nigerianas donde las universitarias adquieren el AE son el mismo canal con AE	Encuesta transversal; n=420; cinco instituciones en Ibadán; regresión logística para predictores de uso de EC.	21.9% de universitarias usó AE en Nigeria (país con AE falsificados documentados). La mayoría adquirió el AE	Con una muestra de N = 420, se documenta que las universitarias nigerianas adquieren AE en el mismo canal donde se ha registrado la	Señala la necesidad de educación sobre AE auténticos vs. falsificados para universitarias nigerianas y de supervisión de la calidad del levonorgestrel

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>que, en Nigeria, tiene documentada la distribución de AE con levonorgestrel el falsificados y donde los farmacéuticos tienen brechas en la detección de anticonceptivos falsificados; las farmacias nigerianas son simultáneamente el principal canal de AE auténticos y el principal punto de entrada de</p>	<p>Nigeria tiene documentada la falsificación de AE con levonorgestrel. Las universitarias adquieren el AE en farmacias que también distribuyen AE falsificados. Los farmacéuticos nigerianos tienen brechas documentadas en la detección de anticonceptivos falsificados.</p>	<p>falsificados documentados. Los farmacéuticos nigerianos tienen brechas en la detección de AE falsificados. El 73.6% lo usa reactivamente (post-coito no protegido) → mayor urgencia → menor verificación de autenticidad → mayor vulnerabilidad ante AE falsificados.</p>		<p>en farmacias con AE falsificados documentados. El 73.6% lo usa reactivamente → mayor vulnerabilidad ante AE falsificados.</p>	<p>circulación de anticonceptivos falsificados. Nigeria, país con AE falsificados documentados, constituye así un contexto de alta vulnerabilidad en el acceso de jóvenes universitarias a productos de calidad no verificada.</p>	<p>dispensado en las farmacias de Ibadán donde la mayoría lo adquiere.</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario o	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
(Nwo kocha et al., 2023)	<p>El sector privado pequeño (farmacias, droguerías) es el proveedor dominante de anticonceptivos en Kenya, Nigeria y Uganda los tres países africanos con mayor evidencia de anticonceptivos falsificados o desviados; esto significa que el punto de mayor demanda de anticonceptivos</p>	<p>ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS en el sector privado pequeño de tres países africanos: AE con levonorgestrel falsificados en Nigeria y Kenya (documentados); DMPA (Depo-Provera) robado y desviado al mercado informal en Uganda (documentado). Las farmacias y droguerías pequeñas = principal proveedor de anticonceptivos + principal punto de entrada de anticonceptivos falsificados en los tres países.</p>	<p>El sector privado pequeño (farmacias, droguerías) = proveedor dominante de anticonceptivos Y principal canal de anticonceptivos falsificados en Kenya, Nigeria y Uganda. La supervisión regulatoria insuficiente del sector privado pequeño es el factor estructural que permite la circulación de anticonceptivos falsificados</p>	<p>Análisis de datos de panel de 3,418 establecimientos de planificación familiar; Kenya (1,321), Nigeria (1,255), Uganda (842); análisis de regresión.</p>	<p>El sector privado pequeño = proveedor dominante de anticonceptivos Y de anticonceptivos falsificados en los tres países con falsificación documentada. Mayor experiencia del proveedor = predictor de calidad, pero insuficiente para garantizar ausencia de anticonceptivos falsificados.</p>	<p>Documenta el dominio del sector privado pequeño como proveedor de anticonceptivos en los tres países con mayor evidencia de anticonceptivos falsificados. Implica que el problema de los anticonceptivos falsificados afecta al canal con mayor cobertura.</p>	<p>Señala que el sector privado pequeño debe ser el objetivo prioritario de la supervisión regulatoria de anticonceptivos falsificados en Kenya, Nigeria y Uganda dado que es el proveedor dominante de anticonceptivos en los tres países.</p>

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	vos es simultáneamente el punto de mayor exposición a anticonceptivos falsificados.		como proveedores dominantes.				
(Beson et al., 2018)	La 'paradoja Ghana' (98% conciencia, 21% uso actual) implica que cuando las mujeres ghanesas recurren a los anticonceptivos lo hacen en situaciones de urgencia el contexto específico donde la verificación de la autenticidad	ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS EN GHANA: contexto de la 'paradoja conciencia/uso': la baja tasa de uso actual (21%) implica recurso frecuente al AE (levonorgestrel) en situaciones de urgencia → mayor probabilidad de adquirir AE falsificados o Primolut-N fuera de indicación sin verificar autenticidad. Ghana tiene: AE	La baja tasa de uso de anticonceptivos modernos (21%) en Ghana implica mayor recurso al AE en situaciones de urgencia → mayor probabilidad de adquirir AE falsificados sin verificar autenticidad. Las situaciones de urgencia son el contexto	Estudio transversal; n=217; muestreo aleatorio; cuestionario con entrevistador; análisis de regresión logística con STATA; Ghana.	En Ghana, pese a un nivel de conocimiento del 98 % sobre los métodos anticonceptivos modernos, solo el 21 % los utiliza de manera efectiva. Esta brecha genera un mayor recurso al AE en situaciones de urgencia, lo que incrementa la probabilidad de adquirir AE falsificados sin capacidad de	El estudio documenta la denominada "paradoja Ghana": en situaciones de urgencia, las mujeres presentan una mayor exposición a AE falsificados. Los datos, obtenidos en un contexto donde la circulación de AE falsificados está claramente registrada, muestran cómo la presión del tiempo y la necesidad inmediata de	Señala la necesidad de intervenciones que reduzcan la paradoja conciencia/uso en Ghana para evitar el recurso de urgencia a AE falsificados o Primolut-N fuera de indicación en situaciones donde la verificación de autenticidad es más difícil.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	del AE es más difícil y la adquisición de AE falsificados más probable en Ghana.	falsificados documentados + Primolut-N fuera de indicación como 'AE falsificado funcional'.	donde la verificación de la autenticidad del AE es más difícil y la exposición a AE falsificados es mayor.		verificar su autenticidad. El contexto se agrava por la circulación documentada de AE falsificados y el uso fuera de indicación de Primolut-N, evidenciando un riesgo sostenido para las usuarias.	acceso incrementan la vulnerabilidad frente a productos de calidad no verificada.	
(Slaymaker et al., 2020)	Mejora de la igualdad de género y la educación femenina (políticas socioestructurales)	Anticonceptivos modernos (esterilización, píldoras, DIU, inyectables, implantes, condones, etc.)	Riesgo de baja demanda y bajo uso de anticonceptivos debido a desigualdad de género y baja educación	Implementación de políticas nacionales que promuevan la igualdad de género y aumenten los años de educación esperados para las mujeres	A nivel nacional, por cada aumento de 0,1 en el Índice de Desarrollo de Género, el uso de anticonceptivos modernos aumentó 13,5 puntos porcentuales. Cada año adicional de educación femenina se	Aborda las causas estructurales subyacentes. Asociación fuerte y positiva con la demanda y el uso de anticonceptivos.	La investigación sugiere que estas mejoras socioestructurales crean un entorno propicio que potencia la efectividad de los sistemas formales de salud.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
Adaptación de servicios a cambios en el comportamiento sexual (ej. extensión de la soltería activa sexualmente)			Riesgo de aumento de la demanda insatisfecha debido a mayor período de actividad sexual prematrimonial y posposición de la maternidad	Reorganización de los servicios de salud sexual y reproductiva para atender a mujeres solteras, jóvenes y de todas las edades, no solo a mujeres casadas.	correlacionó con un aumento del 4,7% en el uso.  El intervalo entre primera relación sexual y primera unión se ha alargado. En países como Benín y Burkina Faso, el mayor uso no fue suficiente para cubrir el aumento de mujeres sexualmente activas que no deseaban concebir.	Responde a los cambios demográficos y sociales reales. Permite una cobertura más equitativa para diferentes grupos etarios y estados civiles.	Los sistemas formales deben adaptar sus protocolos, horarios y enfoques para incluir a poblaciones antes no priorizadas (ej. adolescentes solteras).
Monitoreo de tendencias en contexto social más amplio (investigación y vigilancia)			Riesgo de no identificar aumentos en la demanda insatisfecha ocultos por mejoras en el uso	Uso de encuestas nacionales (DHS, MICS, etc.) para analizar simultáneamente actividad sexual, intención de	En 14 países (ej. Mozambique, Nigeria) la necesidad insatisfecha aumentó a pesar de que el uso	Permite detectar problemas emergentes (ej. que el uso no sigue el ritmo de la demanda). Evita interpretaciones	Los sistemas formales dependen de estos datos para asignar recursos, ajustar programas y evaluar el progreso hacia metas (ej. ODS 3.7.1).

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
				concebir y uso de anticonceptivos, desagregado por edad.	de anticonceptivos también aumentó, debido a un crecimiento aún mayor en la demanda.	simplistas de los datos.	
	Análisis de componentes de estilo de vida sexual (investigación para intervenciones contextualizadas)		Riesgo de intervenciones de planificación familiar aisladas que ignoran el contexto social y conductual	Incorporar en los programas factores como edad de primera relación, edad de primera unión, número de parejas y frecuencia sexual, junto con indicadores socioeconómicos.	El análisis de componentes principales mostró que una combinación de variables de comportamiento sexual y determinantes sociales (PC2) explicaba gran parte de la variación en la necesidad satisfecha (correlación 0.58).	Reconoce que el uso de anticonceptivos está inmerso en un contexto social. Permite diseñar intervenciones más holísticas y efectivas.	Sugiere que los sistemas formales deben colaborar con sectores educativos, de desarrollo social y comunitarios para abordar barreras más allá del acceso a clínicas.
	Enfoque en cambios socioestructurales (políticas para		Riesgo de que mejoras en el acceso no sean suficientes si	Intervenciones que aborden la violencia de pareja, el sexo no consentido, las	El estudio señala que, hasta la fecha, el énfasis ha estado en el	Aborda las causas profundas del no uso. Puede generar cambios	Requiere una integración más allá de los sistemas de salud tradicionales (ej. con sistemas de

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	eliminar barreras restantes)		persisten barreras sociales (violencia de pareja, desequilibrios de poder, actitudes negativas)	percepciones negativas en la red social de la usuaria y los desequilibrios de poder.	acceso. Las intervenciones más prometedoras podrían ser ahora las que se centren en cambios socioestructurales.	sostenibles a largo plazo. Complementa los esfuerzos de acceso a servicios.	justicia, educación y protección social). Cambia el rol del sistema de salud hacia un enfoque más integral.
(Sánchez et al., 2021)	La preferencia de las jóvenes nigerianas por la discreción en la adquisición de anticonceptivos impulsa directamente hacia los PPMVs y el mercado informal los canales donde están documentados los AE con	ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS Y 'AE FALSIFICADOS FUNCIONALES' EN NIGERIA Acceso por búsqueda de discreción: AE con levonorgestrel falsificados en PPMVs y mercado informal de Nigeria + Ampiclox y Alabukun como 'AE falsificados funcionales'. La discreción = principal driver de	En Nigeria, la discreción emerge como el driver principal que impulsa a las jóvenes de 15-24 años hacia los PPMVs y el mercado informal, donde están documentados tanto AE falsificados como los denominados "AE falsificados funcionales" (Ampiclox,	En Nigeria, se realizaron 8 focus group discussions con un total de 83 jóvenes de 15-24 años en Ilorin y Jos. El análisis temático permitió explorar en profundidad las percepciones, prácticas y vulnerabilidades relacionadas con el acceso y uso de AE, aportando evidencia cualitativa robusta sobre los factores que condicionan la	Discreción = principal driver hacia PPMVs y mercado informal con AE falsificados en Nigeria. Información de pares predominante (perpetúa desinformación sobre AE auténticos vs. falsificados). Preferencia por métodos sin prescripción → acceso a canales con	Documenta el mecanismo específico (búsqueda de discreción) que impulsa a las jóvenes nigerianas hacia los canales con AE falsificados y 'AE falsificados funcionales'. Nigeria con anticonceptivos falsificados documentados.	Señala que los servicios de planificación familiar en Nigeria deben garantizar la discreción para competir con los canales de anticonceptivos falsificados (PPMV, mercado informal, Ampiclox/Alabukun como 'AE falsificados funcionales').

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	levonorgestrel falsificados y los 'AE falsificados funcionales' (Ampiclox, Alabukun) en Nigeria; la discreción es el motor específico de la exposición de las jóvenes nigerianas a anticonceptivos falsificados.	las jóvenes nigerianas hacia estos canales con anticonceptivos falsificados.	Alabukun). La combinación de la búsqueda de discreción con la desinformación proveniente de pares maximiza la exposición de este grupo a AE falsificados, consolidando un patrón de vulnerabilidad en la adquisición de productos de calidad no verificada.	exposición a productos falsificados en este grupo etario.	anticonceptivos falsificados.		
(Mohammed et al., 2019)	Los futuros proveedores de salud del norte de Ghana quienes dispensarán AE en una región con	BRECHAS DE FUTUROS PROVEEDORES QUE FACILITARÁN LOS ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS	Los futuros proveedores del norte de Ghana tendrán brechas para identificar AE falsificados y para orientar	Estudio transversal; cuestionario estructurado; futuros proveedores de salud en el norte de Ghana.	Brechas pre-profesionales en el conocimiento del AE auténtico → perpetuación de la recomendación	Perspectiva de futuros proveedores (diferente de estudios en usuarias). Norte de Ghana (subrepresentado en investigación)	Señala la necesidad urgente de incluir en la formación pre-profesional de proveedores de Ghana del norte: identificación de AE falsificados con levonorgestrel y

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
<p>AE falsificados documentados presentan brechas pre-profesionales en el conocimiento del AE auténtico; estas brechas implican que perpetuarán la desinformación sobre el AE auténtico y la recomendación de Primolut-N fuera de indicación como 'AE falsificado funcional' que ya está</p>	<p>EN GHANA DEL NORTE: futuros dispensadores de AE en Ghana (país con AE falsificados + Primolut-N fuera de indicación documentados). Las brechas pre-profesionales en el conocimiento del AE auténtico implican que perpetuarán: (1) la recomendación de Primolut-N fuera de indicación como 'AE falsificado funcional'; (2) la incapacidad de detectar AE con levonorgestrel falsificados.</p>	<p>sobre la diferencia entre el AE auténtico y el Primolut-N fuera de indicación ('AE falsificado funcional'). Perpetuación de la cadena de desinformación que facilita los anticonceptivos falsificados en Ghana del norte.</p>		<p>n de Primolut-N fuera de indicación y de la incapacidad de detectar AE falsificados en el norte de Ghana.</p>	<p>sobre anticonceptivos falsificados). Relevancia para la formación farmacéutica ante anticonceptivos falsificados.</p>	<p>diferenciación del Primolut-N fuera de indicación como 'AE falsificado funcional'.</p>	

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	documentada entre los proveedores actuales de Ghana.						
(Nsuguba et al., 2016)	Las creencias negativas sobre los anticonceptivos modernos y las barreras de acceso al sistema formal de salud en Uganda impulsan a las estudiantes de Makerere hacia los canales informales donde están documentados los AE falsificados y los AE robados	ANTICONCEPTIVOS FALSIFICADOS EN UGANDA bajo uso de anticonceptivos auténticos como driver: AOC (levonorgestrel/etilestradiol), AE (levonorgestrel), condones, inyectables DMPA. Uganda tiene: AE falsificados documentados + AE robados de centros de salud desviados al mercado informal. Las creencias negativas sobre los anticonceptivos auténticos y las	Bajo uso de anticonceptivos modernos auténticos en Uganda → recurso a canales informales con AE falsificados y AE robados. Las creencias negativas sobre los anticonceptivos auténticos (efectos secundarios, infertilidad) pueden impulsar hacia sustitutos potencialmente falsificados. Las barreras	Encuesta transversal (n=1,008 estudiantes universitarias; entrevistas estructuradas; Universidad Makerere, Kampala, Uganda; abril 2014). Regresión de Poisson modificada para calcular prevalencias de uso y factores asociados. Financiado por el Bill & Melinda Gates Institute for Population & Reproductive Health.	Baja prevalencia de uso de anticonceptivos modernos auténticos en Uganda → impulsa a canales informales con AE falsificados y AE robados documentados. Creencias negativas sobre anticonceptivos auténticos = driver hacia sustitutos potencialmente falsificados. Barreras de acceso al sistema formal = driver estructural de	N=1,008 (muestra grande para estudios universitarios de Uganda). Datos de la misma Universidad Makerere de Uganda con AE falsificados y robo de AE documentados. Financiado por el Bill & Melinda Gates Institute. Análisis de Poisson modificado (metodológicamente sólido).	Señala la necesidad de intervenciones en la Universidad Makerere y en Uganda que reduzcan las creencias negativas sobre los anticonceptivos auténticos para reducir el recurso a los canales informales con AE falsificados y AE robados desviados al mercado informal ugandés.

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
	desviados al mercado informal; el bajo uso de anticonceptivos auténticos en Uganda es el mecanismo que perpetúa la exposición al mercado de anticonceptivos de calidad no verificada.	barreras de acceso impulsan a las estudiantes hacia estos canales con anticonceptivos falsificados.	de acceso al sistema formal → exposición a AE y AOC de calidad no verificada en el mercado informal ugandés.		exposición a anticonceptivos falsificados.		
(Grindlay et al., 2014)	Los datos de 18 regiones de Ghana con n=6,660 jóvenes revelan la variación regional en la exposición a AE falsificados:	AE FALSIFICADOS EN 18 REGIONES DE GHANA: levonorgestrel (Postinor-2, Escapelle, y genéricos). Ghana con AE falsificados documentados. La exposición a	Variación regional en la exposición a AE falsificados en Ghana: las regiones con mayor dependencia de vendedores informales tienen mayor	Encuesta transversal; n=6,660; 18 regiones de Ghana; jóvenes de 15-24 años; análisis multivariado.	Diversidad regional de canales de adquisición de AE en Ghana (país con AE falsificados documentados) → exposición diferencial a AE falsificados según la región. El 10%	N=6,660; representatividad de 18 regiones de Ghana. Documenta la variación regional en la exposición a AE falsificados. Perspectiva de ambos sexos.	Señala la necesidad de garantizar el acceso a AE auténticos en todas las regiones de Ghana, con énfasis en las regiones con mayor dependencia de vendedores informales donde los AE falsificados son más prevalentes.

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
	las regiones con mayor dependencia de vendedores informales (en lugar de farmacias) tienen mayor probabilidad de distribución de AE con levonorgestrel falsificados, ya que el canal informal es el de menor supervisión regulatoria en Ghana.	AE falsificados varía por región: mayor en regiones con vendedores informales como canal dominante (menor supervisión regulatoria) y menor en regiones con farmacias como canal dominante.	probabilidad de distribución de AE falsificados. El 10% de mujeres con embarazo no deseado puede incluir casos de fallo de AE falsificados no reconocidos como tales.		con embarazo no deseado puede incluir fallos de AE falsificados.		
(Fakh et al., 2015)	El estigma y la falta de privacidad en la farmacia comunitaria impulsan a las mujeres	ANTICONCEPTIVOS HORMONALES FALSIFICADOS EN FARMACIAS ONLINE: AOC (levonorgestrel/etilestradiol)	El estigma en la farmacia comunitaria impulsa a las mujeres hacia farmacias online con	25 entrevistas semiestructuradas a mujeres jóvenes en Michigan; análisis temático.	Estigma en la farmacia = driver hacia farmacias online con anticonceptivos hormonales falsificados.	El estudio documenta un mecanismo específico de exposición a AE hormonales falsificados: el estigma asociado	Señala que la farmacia comunitaria debe garantizar privacidad para retener a las mujeres ante los canales online con anticonceptivos

<b>Cita</b>	<b>Estrategia social o mecanismo comunitario</b>	<b>Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso</b>	<b>Tipo de riesgo identificado</b>	<b>Método o práctica comunitaria</b>	<b>Evidencia reportada / Resultados</b>	<b>Aspectos destacados</b>	<b>Relación con sistemas formales de salud</b>
	de EE. UU. hacia las farmacias online no reguladas el canal documentado de distribución de anticonceptivos hormonales falsificados; el estigma es el mecanismo específico de exposición a anticonceptivos falsificados en EE. UU.	falsificado), parche Ortho Evra, NuvaRing (etonogestrel/etilestradiol) todos documentados como disponibles en farmacias online sin receta. El estigma en la farmacia comunitaria = driver de las mujeres hacia anticonceptivos hormonales falsificados online.	anticonceptivos hormonales falsificados. Las mujeres que reportaron experiencias de falta de privacidad consideraron buscar anticonceptivos online → exposición a anticonceptivos hormonales falsificados. El estigma = motor de la exposición a anticonceptivos falsificados en EE. UU.		Mujeres con experiencias de falta de privacidad: consideraron buscar anticonceptivos online donde circulan falsificados.	al acceso presencial impulsa a las usuarias hacia farmacias digitales, donde se ha registrado la circulación de anticonceptivos falsificados. Este hallazgo aporta evidencia sobre la vulnerabilidad generada por el desplazamiento hacia canales online, un ámbito aún poco explorado en la literatura sobre AE falsificados.	hormonales falsificados en EE. UU.
(Chin - Quee et al., 2016)	La distribución comunitaria del AE auténtico (levonorgestrel)	DISTRIBUCIÓN COMUNITARIA DE AE AUTÉNTICO COMO ESTRATEGIA	La distribución comunitaria del AE auténtico verificado	Artículo de perspectiva con revisión de evidencia sobre distribución	La distribución comunitaria del AE auténtico (levonorgestrel) verificado es	Perspectiva de política pública de alta relevancia: propone la intervención más	La distribución comunitaria del AE auténtico verificado (levonorgestrel) debe implementarse prioritariamente en

Cita	Estrategia social o mecanismo comunitario	Tipo de anticonceptivo / Contexto de uso	Tipo de riesgo identificado	Método o práctica comunitaria	Evidencia reportada / Resultados	Aspectos destacados	Relación con sistemas formales de salud
rel) verificado es la intervención preventiva más directa contra la adquisición de AE falsificados en LMIC: al garantizar el acceso al AE auténtico en la comunidad, elimina la necesidad de recurrir a los canales informales donde circulan los AE falsificados en Nigeria, Ghana, Uganda y Kenya.	CONTRA AE FALSIFICADOS: levonorgestrel 1.5 mg dosis única distribuido por agentes comunitarios capacitados y con suministro auténtico verificado del sistema formal. La distribución comunitaria elimina la necesidad de adquirir AE en PPMVs, mercado informal y online los canales con AE falsificados documentados en Nigeria, Ghana, Uganda y Kenya.	(levonorgestrel) es la intervención más directa contra el mercado de AE falsificados: elimina la demanda de AE en los canales informales donde circulan AE falsificados en Nigeria, Ghana, Uganda y Kenya. El agente comunitario capacitado garantiza la autenticidad del AE y educa sobre cómo identificar AE falsificados.	comunitaria de AE.	la intervención más directa para reducir el mercado de AE falsificados en LMIC. Agentes comunitarios capacitados pueden garantizar la autenticidad del AE y educar sobre cómo identificar AE falsificados.	directa contra los AE falsificados en LMIC (Nigeria, Ghana, Uganda, Kenya). Publicado en Contraception. Revisión de evidencia de múltiples países.	Nigeria, Ghana, Uganda y Kenya como la intervención más directa para reducir el mercado de AE falsificados al eliminar la demanda en los canales informales donde estos circulan.	

La tabla 5 sintetiza 50 investigaciones científicas sobre la exposición, mecanismos y vulnerabilidades asociadas a los anticonceptivos falsificados (incluyendo anticonceptivos orales combinados, inyectables como DMPA, dispositivos intrauterinos, implantes y AE como levonorgestrel), así como estrategias comunitarias y sociales implementadas en países de ingresos bajos y medios, principalmente en África subsahariana (Nigeria, Ghana, Uganda, Kenia, Benín, Camerún, Etiopía, Tanzania, Sudáfrica, Botswana, Laos PDR, Arabia Saudita, y también en EE. UU. y Escocia). Estos estudios se basan en metodologías diversas: encuestas transversales representativas, análisis de regresión multinivel, grupos focales, entrevistas en profundidad y análisis antropológicos.

La integración de estas estrategias comunitarias con mecanismos tecnológicos de verificación y sistemas formales de salud ha perfeccionado la capacidad para distinguir entre anticonceptivos auténticos y falsificados, incluso en contextos de alta vulnerabilidad como mercados informales, farmacias no reguladas o plataformas de comercio electrónico sin supervisión. A continuación, se realizará un análisis de la información recopilada en la tabla 5 donde se comparan los diferentes canales de distribución, los mecanismos de vulnerabilidad, las estrategias comunitarias implementadas y las brechas críticas identificadas, así como la interacción entre factores socio-sanitarios y las respuestas institucionales frente al problema de los anticonceptivos falsificados.

### **3.1. Análisis comparativo de los anticonceptivos falsificados en diferentes países**

Los hallazgos sobre anticonceptivos falsificados se agrupan en cuatro dimensiones: canales de distribución (farmacias informales, mercados no regulados, comercio electrónico y robo de productos auténticos); mecanismos de vulnerabilidad (búsqueda de privacidad, estigma, uso encubierto, limitaciones económicas, baja alfabetización digital y desconfianza en productos auténticos); estrategias comunitarias (autenticación móvil, venta con agentes comunitarios, capacitación para autoinyección, campañas educativas y distribución de anticonceptivos auténticos verificados); y brechas críticas (bajo conocimiento de dosis correctas, actitudes permisivas de farmacéuticos, baja notificación a autoridades, detección reactiva y existencia de falsificados "funcionales" sin principio activo).

Estas dimensiones se expresan de manera diferenciada en los contextos nacionales y locales. En la mayoría de los países estudiados, particularmente en Nigeria, el país con la mayor prevalencia documentada de anticonceptivos falsificados en África, las comunidades urbanas y rurales muestran patrones distintos. En las zonas rurales del norte, las mujeres dependen casi exclusivamente de los PPMVs (vendedores de medicamentos patentados y de propiedad) para obtener anticonceptivos, y estos vendedores operan con una supervisión regulatoria casi nula (Ujuju et al., 2014; OlaOlorun et al., 2020; Aremu, 2013). Además, se ha documentado que las mujeres prefieren los inyectables DMPA porque pueden recibir la inyección en el mismo PPMV de manera discreta, sin que sus esposos lo sepan, y esta preferencia por la discreción las expone a inyectables que pueden ser falsificados, caducados o almacenados incorrectamente. (Nwokocha et al., 2023)

Se ha documentado igualmente en las universidades de Nigeria, muestra otra problemática: Ampiclox, Alabukun y varias mezclas se venden como "anticonceptivos falsificados funcionales", que son AE que no contienen el principio activo necesario. Sus efectos son los

mismos que los de un AE falso con levonorgestrel, porque no aseguran la acción anticonceptiva esperada y producen embarazos no deseados en mujeres que piensan que están protegidas. La proliferación de sustitutos falsificados en el mercado universitario se ve favorecida por la ignorancia generalizada del AE auténtico (Postinor-2, levonorgestrel). (Ajayi et al., 2016)

La combinación de estos dos contextos muestra la dependencia de PPMVs en áreas rurales y el comercio de AE falsificados funcionales en universidades evidencia que la vulnerabilidad ante anticonceptivos falsificados en Nigeria es multidimensional. Esta se manifiesta tanto en el secreto que buscan las mujeres rurales como en la desinformación que circula entre las estudiantes jóvenes, lo cual refuerza un patrón estructural de exposición a productos falsificados en diversos sectores sociales. (Sanchez et al., 2021; Chin-Quee et al., 2016)

De manera complementaria, las representaciones culturales del AE en Burkina Faso, Senegal y Togo influyen en que las mujeres lo valoren principalmente por el sangrado que se espera después de usarlo, y no por sus propiedades farmacológicas. Este criterio cultural transforma el sangrado en un indicador de "eficacia", aun cuando el producto es una falsificación, lo que hace invisible la problemática y perpetúa un mercado paralelo con escasa detección. (Teixeira et al., 2012). Siendo así, los estudios de datos poblacionales indican que en naciones de África occidental con un menor nivel de conciencia del AE como Burkina Faso (6%), Mali (4%) y Chad (2%), las mujeres presentan menos habilidad para diferenciar entre productos genuinos y falsificados. Esta escasa conciencia está enfocada en comunidades rurales y con un nivel de educación más bajo, lo que aumenta la vulnerabilidad ante anticonceptivos falsificados y se relaciona directamente con los descubrimientos antropológicos acerca de representaciones culturales. (Palermo et al., 2014).

Por el contrario, en las comunidades urbanas de Kenia e Ibadán, las mujeres jóvenes tienen mayor acceso a internet y utilizan plataformas de redes sociales como Facebook y WhatsApp para obtener información y adquirir anticonceptivos, incluyendo AE, pero esta digitalización también las expone a vendedores online no regulados que distribuyen anticonceptivos falsificados, teniendo el mismo riesgo, pero bajo una modalidad distinta. (Ajayi et al., 2017; Wekesa et al., 2025)

En Ghana, más allá de las concepciones erróneas sobre los AOC, los estudios documentan diferencias regionales importantes. En el norte y occidente del país, particularmente en la región de Tamale y Sissala East, el acceso al sistema formal de salud es extremadamente limitado, y las comunidades dependen de mercados informales y vendedores ambulantes para obtener anticonceptivos. Adicionalmente, se evidencia en un estudio en Tamale, que cuantificó la indisponibilidad del AE auténtico tiene un odds ratio de 4.8 para la adquisición de AE falsificados o Primolut-N fuera de indicación, y la inasequibilidad económica un odds ratio de 7.0 (Amalba et al., 2014; Alhassan et al., 2025; Beson et al., 2018; Mohammed et al., 2019). En contrario en el sur de Ghana, en la región de Accra y Cape Coast, el acceso a farmacias formales es mayor, pero el estigma y la falta de privacidad impulsan a las mujeres jóvenes a buscar anticonceptivos en canales informales, y el uso crónico del AE ( $\geq 4$  meses/año) en asentamientos de bajos ingresos de Accra expone a las mujeres a un mercado donde circulan AE falsificados. (Henry et al., 2021; Darteh & Doku, 2016; Rokicki & Merten, 2018; Adongo et al., 2014; Grindlay et al., 2014)

Se observo que, en Uganda, se amplía el panorama más allá de Kampala y Wakiso. En los asentamientos de refugiados en el norte de Uganda, particularmente en Nakivale, las mujeres refugiadas congoleñas y sudanesas del sur enfrentan vulnerabilidades extremas (Musoke et al., 2025; Nsubuga et al., 2016). Según Nara et al. (2019) y Hernandez et al. (2018), documentan que el robo de AE auténticos por parte del personal de centros de salud es un mecanismo documentado de creación del mercado informal, y las refugiadas adquieren AE en Kampala y Kinshasa en farmacias privadas sin garantía de autenticidad porque en los asentamientos no hay disponibilidad de AE auténticos.

La evidencia de que las campañas educativas sobre anticonceptivos falsificados tienen un alcance comunitario críticamente bajo, entre el 8 y el 14%, y que contribuyen a la inequidad informativa al dejar sin acceso a la información a las mujeres más vulnerables (Wagnild et al., 2025), complementa esta dinámica. En Sierra Leona, la situación es parecida: las mujeres de áreas rurales con el nivel socioeconómico más bajo son las que más probabilidades tienen de adquirir anticonceptivos, los cuales se distribuyen en mercados informales sin ninguna distinción con respecto a otros fármacos falsificados. Las campañas educativas no consiguen alcanzar a este grupo, lo que refuerza la desigualdad social en términos de exposición y riesgo con respecto a los anticonceptivos falsificados (Wagnild et al., 2024).

Un estudio en farmacias comunitarias de Lothian, Escocia, reveló que el AE verdadero (levonorgestrel) no estaba disponible en el 12.5% de los establecimientos, lo cual obliga a las mujeres a recurrir a canales menos regulados donde se distribuyen productos cuya calidad no ha sido confirmada; también se encontró que un 17.5% rechazó el AE por supuestas contraindicaciones y otro 12.5% lo desestimó pasadas las 72 horas, aunque su validez se extiende hasta 120 horas, lo cual genera concepciones equivocadas acerca de la ineficacia y fomenta la búsqueda de sustitutos falsificados; finalmente, solo un cuarto del personal farmacéutico brindó asesoría sobre métodos anticonceptivos futuros, mostrando que incluso con un sistema regulatorio robusto aún existen deficiencias en la orientación, errores médicos y brechas de acceso, que generan vulnerabilidades similares a las presentes en contextos con menor regulación normativa. (Glasier et al., 2010)

En las comunidades rurales de Mityana y Mubende, los jóvenes de 15 a 24 años reportaron que las barreras del sistema formal (falta de confidencialidad, actitudes negativas de proveedores) los impulsan hacia canales informales donde circulan AE robados y potencialmente falsificados, y las ideas equivocadas sobre los efectos de los anticonceptivos auténticos los impulsan hacia sustitutos potencialmente falsificados que perciben como más seguros. (Nalwadda et al., 2010)

Dentro del contexto de Kenia, los estudios amplían la información en el condado de Kwale, mostrando que las farmacias comunitarias son el canal primario de anticonceptivos para jóvenes, pero la mayoría de estas farmacias no están registradas (63% en el estudio de Kwale) y su personal carece de la capacitación calificada. Se ha documentado que los jóvenes confían en la reputación del farmacéutico como único mecanismo informal de protección ante anticonceptivos falsificados; no obstante, esta confianza resulta frágil, ya que muchos farmacéuticos carecen de la capacidad técnica para identificar productos falsificados. (Gonsalves et al., 2019)

Según Worku et al., (2024) documentó que los farmacéuticos de Gondar practican detección reactiva de anticonceptivos falsificados solo después de que el paciente reporta un fallo del método, esto implica que anticonceptivos de alta rotación pueden circular sin ser detectados hasta que las mujeres experimentan embarazos no deseados; esa misma dinámica se documentó en Uganda que solo determina que el anticonceptivo es falsificado cuando las mujeres quedan embarazadas o produce efectos adversos revelando vulnerabilidad estructural debido a la ausencia de mecanismos proactivos de control (Musoke et al., 2025). Por otro lado, se observó una doble vulnerabilidad frente a los AE: menos del 50% de las usuarias conoce el AE auténtico y no puede identificar falsificados, mientras que los farmacéuticos presentan brechas en su detección y actúan de forma reactivo, configurando un contexto de alto riesgo para la adquisición y dispensación de AE falsificados. (Abewa et al., 2024)

Por otra parte, se encontró que, en Addis Abeba, las estudiantes universitarias tienen un conocimiento muy bajo sobre la dosis correcta de levonorgestrel (solo 29.3%), y el 47.8% obtiene información de pares, perpetuando el desconocimiento (Ahmed et al., 2012). Por otra parte, en Camerún, más allá del estudio en la Universidad de Buea, la evidencia muestra que el país comparte flujos comerciales con Nigeria, el principal origen documentado de AE falsificados en África, y la debilidad regulatoria en la frontera permite la entrada de productos no verificados, se documentó que solo el 29.5% de los estudiantes conoce la dosis correcta de levonorgestrel, solo el 38.6% conoce el plazo de 72 horas, y el 52.8% cree que el AE puede causar daño fetal, lo que los hace vulnerables a buscar sustitutos potencialmente falsificados. (Kongnyuy et al., 2007)

En el otro sentido, el caso en Sudáfrica muestra que, en el estudio en KwaZulu-Natal, la evidencia muestra que el AE está disponible sin prescripción desde 2000, con múltiples marcas genéricas, pero la baja capacidad de las estudiantes para identificar un AE auténtico crea vulnerabilidad ante AE falsificados que imitan las marcas conocidas. Además, solo el 49.8% de las estudiantes había oído del AE, el 67.3% creía erróneamente que causa aborto, y el 86.4% no consulta a profesionales de salud sobre el AE, lo que significa que la información circula exclusivamente en redes informales. (Hoque & Ghuman, 2012)

La evidencia de la Universidad de Botswana resulta particularmente significativa porque, muestra como la "brecha de autenticidad" documentada, muestra que el requisito de prescripción médica para AE impulsa a las mujeres a adquirirlo en mercados informales o en Sudáfrica, donde circulan AE falsificados. Este estudio, documentó que el 95% de las estudiantes tenía conciencia del AE, pero solo el 53% conocía el producto auténtico correctamente, y el 52% de embarazos no planificados puede reflejar el fallo de AE falsificados. (Kgosiemang & Blitz, 2018)

En Arabia Saudita, el 82 % de los hombres no tiene conocimiento del AE y solamente el 14.1 % posee un conocimiento adecuado. En escenarios conservadores en los que son ellos los que adquieren anticonceptivos, esta falta de conocimiento les hace ser portadores de exposición a AE falsificados para sus parejas, lo cual se ve reforzado por obstáculos culturales y religiosos, aporta una perspectiva de desconocimiento masculino para la adquisición de AE; este estudio aporta una perspectiva masculina poco explorada en la literatura, subrayando que la responsabilidad sobre anticonceptivos debe ser compartida y no exclusiva de las mujeres (Karim et al., 2021).

En Etiopía, los estudios amplían la información más allá de Bahir Dar, el acceso a anticonceptivos formales es extremadamente limitado, y las comunidades dependen de farmacias comunitarias y vendedores ambulantes. Sin embargo, el 38.9% de los farmacéuticos no considera ético dispensar anticonceptivos falsificados, pese a que el 80.5% tiene buen conocimiento técnico. La baja actitud proactiva (54.9%) y la mayor vulnerabilidad de farmacéuticos con poca experiencia convierten a las farmacias comunitarias en un eslabón crítico de riesgo, especialmente para anticonceptivos de alta rotación como AOC, AE y DMPA. (Asrade Mekonnen et al., 2025)

Dentro del contexto estadounidense, más allá de los estudios en Indiana y Michigan, la evidencia muestra que el estigma en la farmacia comunitaria impulsa a adolescentes y mujeres jóvenes hacia farmacias online no reguladas. La búsqueda de privacidad en la adquisición de anticonceptivos hormonales constituye un motor específico de esta migración digital, exponiendo a los adolescentes el grupo más vulnerable por su menor capacidad de identificar vendedores legítimos a anticonceptivos hormonales falsificados o de calidad no verificada. En estos canales digitales se han documentado falsificaciones de anticonceptivos orales combinados (etinilestradiol + progestágeno), del parche Ortho Evra, del anillo vaginal NuvaRing (etonogestrel/etinilestradiol) y de AE, todos disponibles sin receta. (Fakih et al., 2015)

Según Meredith et al., (2020) muestra que entrevistas en profundidad y encuentros simulados con farmacéuticos (n=60; 14-21 años; 67% mujeres), reclutados mediante redes sociales y analizados con ATLAS.ti, confirman que privacidad y estigma son los drivers principales hacia farmacias online con anticonceptivos falsificados. En regiones conservadoras, la vulnerabilidad se intensifica: la falta de privacidad en la farmacia comunitaria se convierte en el mecanismo específico de exposición a anticonceptivos hormonales falsificados en EE. UU.

En Benín, más allá del modelo exitoso de Cotonú, la evidencia muestra que las campañas educativas combinadas con confiscaciones lograron una reducción del 28.4% en la adquisición de anticonceptivos en el mercado informal en aproximadamente 18 años, pero los grupos socioeconómicamente más vulnerables siguen siendo los más expuestos a anticonceptivos falsificados en el mercado informal (Agbanou et al., 2025). Slaymaker et al., (2020) documentaron que a nivel nacional, por cada incremento de 0,1 en el Índice de Desarrollo de Género, se registra un crecimiento del 13,5% en la utilización de anticonceptivos modernos. Además, se encontró que, por cada año extra de educación para las mujeres, el uso creció un 4.7%; adicionalmente, se documentó que una posición socioeconómica más alta y el trabajo formal están relacionados con la disminución de la adquisición de anticonceptivos falsificados; esto demuestra que, a pesar de intervenciones exitosas, sigue existiendo la desigualdad estructural.

En contraste, en Laos PDR se documentó que el 100% del mercado de AE provenía de importaciones informales de Tailandia y Vietnam sin garantía de autenticidad, y solo el 8.1% de los participantes conocía la dosis correcta de levonorgestrel, creando una situación de máxima vulnerabilidad ante AE falsificados. (Sychareun et al., 2013)

De acuerdo con la evidencia presentada por Nguyen et al., (2023), análisis que en un estudio realizado en Vietnam, particularmente en Da Nang se documentó que el 93% de las farmacias tenían levonorgestrel y el 86% mifepristona, pero solo el 37% de los farmacéuticos había

recibido capacitación en el último año, y el 21% nunca había sido capacitado. Los clientes con información de farmacéuticos tuvieron mejor conocimiento ( $p < 0.001$ ), pero el 62% de los clientes tenía conocimiento deficiente, y muchos farmacéuticos no preguntan ni asesoran activamente.

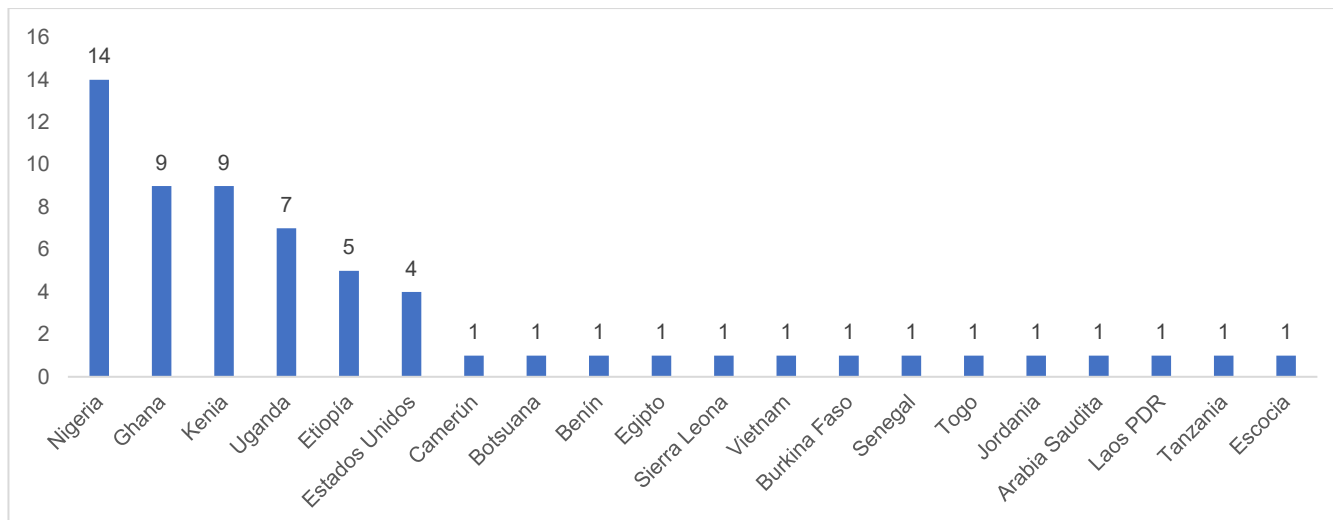
De acuerdo con la evidencia presentada por Pal et al. (2025), un tercio de los participantes jordanos cree que los anticonceptivos deben venderse online, lo que hace más fácil obtener píldoras anticonceptivas de calidad no confirmada o falsificadas. En esta situación, el farmacéutico comunitario surge como un actor importante para evitar la compra de anticonceptivos falsificados. Sin embargo, su papel sigue sin ser utilizado plenamente, lo cual perpetúa la vulnerabilidad estructural ante los canales digitales.

En Egipto, más allá del estudio en Alejandría, la evidencia muestra que el 47.4% de los farmacéuticos ha almacenado medicamentos falsificados (incluyendo anticonceptivos) sin saberlo, y la tasa críticamente baja de reporte (23.4%) implica que el 76.6% de los anticonceptivos falsificados detectados en farmacias no llegan al sistema de farmacovigilancia. (Bashir et al., 2020)

De acuerdo con la evidencia presentada por Bandora (2023), en Tanzania se conocen a los anticonceptivos hormonales como feki ("falsos") por los efectos secundarios que se perciben, lo cual revela desconfianza y ambivalencia. Para sostener una identidad dual, las mujeres utilizan rumores que se propagan en redes sociales y la adquisición discreta en duka la dawa (farmacias informales), presentándose públicamente como mujeres halali y en privado como consumidores de anticonceptivos. Este patrón crea riesgos en diferentes áreas: sociales (marginación, estigmatización, violencia), biomédicos (miedo a la infertilidad, al cáncer o a hemorragias), informativos (no tener acceso a información médica clara) y económicos (los servicios formales son caros y lejanos), perpetuando la vulnerabilidad ante anticonceptivos de calidad no verificada.

En este sentido, la Figura 2 sintetiza la distribución de los países con mayor incidencia reportada de anticonceptivos falsificados reportados en la tabla 5 de la revisión sistemática. Se observa que Nigeria concentra el mayor número de casos (14), seguido de Ghana y Kenia (9 cada uno), Uganda (7), Etiopía (5) y Estados Unidos (4), mientras que la gran mayoría de los países restantes, entre los que se incluyen Camerún, Tanzania, Benín, Egipto, Sierra Leona, Vietnam, Burkina Faso, Senegal, Togo, Jordania, Escocia, Arabia Saudita y Laos, presentan una frecuencia mucho menor (1 caso cada uno).

Esta distribución refleja una clara concentración geográfica del problema en África subsahariana, particularmente en países como Nigeria, Ghana, Kenia, Uganda y Etiopía, donde confluyen una alta demanda de métodos anticonceptivos, fragilidades en los sistemas de regulación farmacéutica y una presencia significativa de canales de distribución informales. Adicionalmente, la inclusión de Estados Unidos en el grupo de países con mayor frecuencia, aunque con valores más bajos, confirma que la falsificación de anticonceptivos no es exclusiva de entornos de ingresos bajos o medios, sino que constituye un fenómeno global con distintos niveles de detección y notificación.



**Figura 2.** Distribución de frecuencias de los países con mayor incidencia reportada de anticonceptivos falsificados, según los casos documentados entre 2010 a 2026, según los datos recopilados en la Tabla 5.

Este análisis evidencia tensiones y contradicciones estructurales que explican la persistencia de la falsificación de anticonceptivos, revelando cómo los patrones de distribución geográfica se entrelazan con dinámicas sociales, culturales y normativas que determinan la percepción, obtención y uso de estos productos:

1. Tensión entre el conocimiento técnico y el cultural: mientras las campañas educativas transmiten información farmacológica sobre dosis y mecanismos de acción, las comunidades evalúan la efectividad según efectos visibles y culturalmente esperados como la menstruación, lo que provoca que un anticonceptivo falsificado que produzca dicho efecto sea considerado bueno, frente a uno auténtico que no lo haga y sea percibido como inefectivo. (Teixeira et al., 2012; Wagnild et al., 2025; Agbanou et al., 2025)

2. Contradicción entre la búsqueda de seguridad y la necesidad de discreción: las mujeres desean protegerse de embarazos no deseados, pero también del estigma social, la violencia de pareja o el juicio comunitario, lo que las impulsa hacia canales informales donde los falsificados son más prevalentes, especialmente entre adolescentes y mujeres que usan anticonceptivos de manera encubierta. (Slaymaker et al., 2020; Wekesa et al., 2025; Aremu, 2013)

3. Paradoja en la confianza interpersonal: farmacéuticos, vendedores y trabajadores de salud comunitarios son la principal garantía informal de autenticidad, pero la evidencia muestra que muchos no pueden detectar falsificaciones sofisticadas, tienen actitudes permisivas hacia su dispensación o recomiendan anticonceptivos sin principios activos, convirtiendo este mecanismo de confianza en un eslabón de riesgo. (Asrade Mekonnen et al., 2025; Meredith et al., 2020; Rokicki & Merten, 2018)

4. Brecha entre la intención preventiva y la capacidad real de prevención: las mujeres carecen de herramientas prácticas para identificar falsificaciones debido a la sofisticación de los

empaques y etiquetados, mientras que los mecanismos formales de verificación sufren baja cobertura, fallas técnicas o ausencia de códigos, impidiendo traducir la conciencia del riesgo en comportamientos protectores efectivos. (Chin-Quee et al., 2016; Hoque & Ghuman, 2012; Wekesa et al., 2025)

5. Tensión entre las soluciones tecnológicas y las realidades estructurales: innovaciones como la verificación por mensajes de texto asumen infraestructura de red confiable, alfabetización digital y sistemas de respuesta que no existen en las comunidades más vulnerables; la intervención más efectiva documentada fue de carácter social, combinando educación comunitaria sostenida con confiscaciones de productos falsificados. (Peterson, 2025; Liang et al., 2012)

6. Desequilibrio arraigado de las intervenciones centradas en la oferta y las centradas en la demanda: la mayoría de los recursos se dirigen a la regulación y confiscación, mientras que las estrategias de educación y cambio de comportamiento están subfinanciadas, a pesar de que las experiencias exitosas combinan ambos enfoques para reducir simultáneamente la disponibilidad y el consumo de falsificados a través de canales comunitarios de confianza. (Agbanou et al., 2025; Wekesa et al., 2025; Adongo et al., 2014)

7. Paradoja de la urgencia en AE: su uso en situaciones urgentes tras relaciones no protegidas anula los comportamientos de precaución, exigiendo intervenciones diseñadas para garantizar la disponibilidad inmediata de productos auténticos en todos los puntos de venta potenciales, priorizando el acceso rápido sobre los mecanismos de verificación diferida. (Wagnild et al., 2024; Ujuju et al., 2014; Gonsalves et al., 2019)

En este mismo sentido, el análisis evidencia que la persistencia de anticonceptivos falsificados responde, ante todo, a un desacoplamiento estructural entre los criterios técnicos de eficacia de la farmacología y los marcos culturales desde los cuales las comunidades interpretan el funcionamiento del cuerpo. De hecho, estas discrepancias no se resuelven con más información farmacológica ni con aplicaciones móviles, sino mediante intervenciones capaces de reconocer la legitimidad de las prioridades y percepciones de las propias usuarias: servicios que ofrezcan discreción, privacidad, trato respetuoso, acceso rápido, precio asequible, y señales de efectividad culturalmente significativas; capacitación de farmacéuticos en comunicación confidencial y detección de falsificados; subsidios para que los auténticos compitan en precio con los falsificados; canales comunitarios de comunicación confiables; y articulación con los marcos culturales existentes en lugar de imponer paradigmas externos. La persistencia de los anticonceptivos falsificados es, en este sentido, un síntoma de la falla de los sistemas formales de salud para adaptarse a las realidades culturales, sociales y económicas de las comunidades a las que se orientan a atender.

### **3.2. Estrategias de las comunidades contra Anticonceptivos Falsificados**

La tabla 6 sintetiza las principales estrategias para evitar los anticonceptivos falsificados, y su análisis permite identificar una tensión central entre tres tipos de aproximaciones que no son excluyentes sino más bien complementarias, aunque con lógicas y tiempos de impacto muy diferentes. Por un lado, las estrategias estructurales y de largo plazo, como la mejora de la igualdad de género, el aumento de la educación femenina, los subsidios para el acceso a

anticonceptivos auténticos y la adaptación de los servicios a los cambios en el comportamiento sexual, abordan las causas profundas del problema y ofrecen el mayor potencial de impacto sostenible, ya que modifican las condiciones sociales y económicas que impulsan a las mujeres hacia los canales informales donde circulan los anticonceptivos falsificados; sin embargo, estas intervenciones requieren articulación intersectorial entre salud, educación, justicia y desarrollo social, inversiones prolongadas y tiempos de implementación lentos, lo que las hace políticamente difíciles de priorizar en contextos de recursos limitados. (Wagnild et al., 2024; Agbanou et al., 2025; Asrade Mekonnen et al., 2025; Slaymaker et al., 2020)

Por otro lado, las estrategias tecnológico-verificativas, ejemplificadas por los servicios de autenticación móvil por SMS, los sistemas de verificación, los sellos de calidad y la regulación de farmacias online, buscan empoderar al consumidor en el punto de compra y ofrecen soluciones rápidas y aparentemente modernas, pero se ven severamente limitadas por la brecha digital, la falta de infraestructura de red confiable y la exclusión sistemática de las poblaciones más vulnerables, que son precisamente las más expuestas a los anticonceptivos falsificados, lo que genera una paradoja donde se termina beneficiando a personas que menos lo necesitan. (Peterson, 2025; Liang et al., 2012; Ujuju et al., 2014)

Entre ambos extremos se ubican las estrategias comunitarias y educativas, como la distribución comunitaria de anticonceptivos auténticos verificados, la capacitación proactiva de farmacéuticos, la formación profesional de futuros proveedores, la garantía de privacidad en las farmacias, las campañas educativas combinadas con confiscaciones, y el trabajo con agentes comunitarios y trabajadores de salud. Estas estrategias ofrecen un equilibrio entre rapidez de implementación, bajo costo relativo y alta aceptabilidad local, resultando especialmente útiles en contextos donde el sistema formal es débil, inaccesible o estigmatizante, aunque sin alcanzar la profundidad transformadora de las intervenciones estructurales. (Chin-Quee et al., 2016; Wekesa et al., 2025; Wagnild et al., 2025)

**Tabla 6.** Clasificación de las principales estrategias comunitarias, tecnológicas y estructurales utilizadas para evitar la adquisición y dispensación de anticonceptivos falsificados, según los datos recopilados en la Tabla 5.

<b>Estrategia</b>	<b>Descripción / Mecanismo</b>	<b>Tipo de anticonceptivo</b>	<b>Tipo de articulación requerida</b>
MAS	Envío de código único vía SMS para verificar autenticidad del fármaco antes de compra.	Anticonceptivos y medicamentos en general	Articulación con autoridades regulatorias (NAFDAC), empresas de telefonía y farmacéuticos comunitarios.
Regulación de farmacias online y redes sociales	Control de marketing y venta de anticonceptivos en plataformas digitales; eliminar publicidad de	AOC, DIU, implantes, inyectables, AE	Coordinación entre agencias regulatorias (FDA, FTC) y plataformas tecnológicas (redes

<b>Estrategia</b>	<b>Descripción / Mecanismo</b>	<b>Tipo de anticonceptivo</b>	<b>Tipo de articulación requerida</b>
	productos no verificados.		sociales, e-commerce).
PPMVs en vigilancia	Protocolos de verificación de autenticidad en el canal informal.	AOC (levonorgestrel/etinilestradiol)	Integración de actores informales en sistemas nacionales de farmacovigilancia.
Venta directa al consumidor con empaque discreto	Plataforma e-commerce + agentes comunitarios + pago móvil + entrega a domicilio.	DMPA-SC, píldoras, condones	Alianza con sector privado y enfermería comunitaria para garantizar autenticidad.
Capacitación presencial para autoinyección	Proveedor de salud capacita a la usuaria para autoinyectarse DMPA-SC.	DMPA-SC	Derivación desde sistema formal hacia autocuidado con seguimiento opcional.
Agentes comunitarios de ventas	Persona realiza pedido por cliente sin smartphone o internet.	Condomes, píldoras, posible DMPA-SC	Posible integración con promotores de salud comunitarios (PSC).
Campañas educativas + confiscaciones	Modelo "Halte aux médicaments de la rue": campañas + operativos de confiscación.	AOC, AE, DMPA	Acción conjunta entre ministerio de salud, policía sanitaria y líderes comunitarios.
CHWs	CHWs detectan anticonceptivos falsificados por características físicas, no solo por fallo del método.	AE, AOC, DMPA	CHWs como primera línea de detección y reporte al sistema regulatorio nacional.
Subsidios para acceso a anticonceptivos auténticos	Romper la "paradoja del precio": hacer accesibles productos auténticos a bajo costo.	AE, AOC, DMPA	Política pública de financiamiento y distribución subsidiada.
Fortalecer rol del farmacéutico comunitario	Capacitación ética y técnica para detectar falsificados y reportar a autoridades.	Píldoras anticonceptivas	Obligatoriedad de reporte y actualización periódica de conocimientos.
Capacitación pre-profesional en universidades	Formar a futuros farmacéuticos y proveedores en identificación de	AE (levonorgestrel)	Inclusión obligatoria en currículos de ciencias de la salud.

<b>Estrategia</b>	<b>Descripción / Mecanismo</b>	<b>Tipo de anticonceptivo</b>	<b>Tipo de articulación requerida</b>
	auténticos vs. falsificados.		
Educación a estudiantes sobre anticonceptivo de emergencia AE auténtico	Enseñar dosis correcta, plazo de uso, marcas registradas y cómo identificar falsificados.	AE (levonorgestrel)	Articulación con sistemas educativos y servicios universitarios de salud.
Desmitificar efectos nocivos de anticonceptivos auténticos	Combatir mitos (infertilidad, cáncer, fibromas) que empujan a usar falsificados.	AOC, inyectables, DIU, condones	Coordinación entre sistemas de salud, medios comunitarios y líderes de opinión.
Garantizar privacidad en farmacias comunitarias	Evitar estigma que impulsa a usuarios a canales online no regulados.	AOC, parche, anillo, AE	Diseño de servicios confidenciales y protocolos antijuzgamiento.
Distribución comunitaria de AE auténtico verificado	Agentes comunitarios capacitados distribuyen levonorgestrel auténtico.	AE (levonorgestrel)	Cadena de suministro formal con supervisión comunitaria.
Mejora de igualdad de género y educación femenina	Políticas socioestructurales que aumentan autonomía y uso de anticonceptivos auténticos.	Anticonceptivos modernos	Articulación intersectorial (salud, educación, justicia, desarrollo social).
Adaptación de servicios a cambios en comportamiento sexual	Atender a solteras, jóvenes, sexualmente activas, no solo a casadas.	Métodos modernos	Rediseño de servicios públicos de salud sexual y reproductiva.
Monitoreo de tendencias con encuestas nacionales	Uso de DHS, MICS para analizar demanda insatisfecha y actividad sexual por edad.	Generales	Sistemas de información sanitaria integrados y análisis periódico.
Sello de calidad para farmacias	Certificación a farmacias que cumplen estándares (personal registrado, licencia, capacitación).	Inyectables, píldoras, condones	Colaboración gobierno-asociaciones profesionales-sector privado.

<b>Estrategia</b>	<b>Descripción / Mecanismo</b>	<b>Tipo de anticonceptivo</b>	<b>Tipo de articulación requerida</b>
Prevención de robo de AE en centros de salud	Controles de seguridad para evitar desvío de AE auténticos al mercado informal.	AE (levonorgestrel)	Auditoría interna y medidas de seguridad en establecimientos de salud.
PPB	Herramienta formal para que el consumidor verifique autenticidad antes de comprar.	Inyectables, píldoras	Integración del sistema de verificación en la cadena de suministro formal y farmacias.

La Tabla 6 evidencia que el desarrollo práctico de las estrategias comunitarias ha seguido trayectorias muy distintas a las planificadas originalmente. La verificación por SMS, aunque prometedora en entornos urbanos, ha encontrado su límite real en las zonas sin cobertura y en la resistencia de los vendedores informales, siendo adaptada por las propias usuarias mediante la práctica no oficial de "verificación diferida" en espacios de confianza. En contraste, la estrategia de Agentes Comunitarios de Ventas ha evolucionado de ser un simple facilitador de pedidos a convertirse en el principal garante de autenticidad en el último kilómetro, basando su efectividad no en tecnología sino en la construcción de capital reputacional dentro del vecindario y la posibilidad real de reclamo cara a cara.

Por otro lado, el desarrollo de la regulación de farmacias online y redes sociales ha sido reactivo y de efectividad limitada, ya que el mercado ilícito ha desplazado hacia espacios digitales más opacos como grupos cerrados de WhatsApp, lo que ha impulsado a las comunidades de mujeres jóvenes a crear sus propias redes informales de alerta y listas negras de vendedores sospechosos, funcionando como un sistema de farmacovigilancia digital descentralizado y autogestionado. Además, la capacitación para autoinyección de DMPA-SC ha evolucionado estratégicamente, fusionando la enseñanza de la técnica con una educación regulatoria intensiva sobre los elementos de seguridad visual y táctil del dispositivo Uniject, convirtiendo a la usuaria final en una verificadora activa antes de la administración.

Por último, el desarrollo del rol del farmacéutico comunitario y los Sellos de Calidad ha enfocado hacia un modelo de incentivos positivos, donde la certificación se ha transformado en una ventaja competitiva que atrae a clientela femenina dispuesta a pagar una pequeña prima a cambio de certeza de autenticidad y garantía de privacidad durante la dispensación. En conjunto, la evidencia de la revisión sistemática revela que el desarrollo real de estas estrategias ha dependido menos de la perfección técnica del diseño programático y más de la capacidad adaptativa de las comunidades para sortear las barreras estructurales de conectividad, estigma y acceso económico mediante soluciones híbridas que integran el saber local con los recursos formales disponibles.

#### **4. CONCLUSIONES**

Se observó que en los lugares donde predominan canales informales de distribución, como plataformas digitales, farmacias no supervisadas y mercados no regulados, la circulación de productos sin garantía de autenticidad es más fácil. Esta dinámica está muy relacionada con elementos como el estigma social, la búsqueda de privacidad y las restricciones económicas, que motivan a las usuarias a dirigirse hacia ambientes más peligrosos. En este contexto, la exposición no es uniforme; cambia en función del entorno y es más crítica en zonas donde hay debilidades de regulación y se tiene acceso limitado a los servicios sanitarios.

Se demostró, desde un enfoque sociocultural, que no siempre la interpretación de la eficacia anticonceptiva se basa en criterios farmacológicos, sino en indicadores construidos culturalmente, por ejemplo, el sangrado. Esto propicia que se acepten productos falsificados incluso cuando no contienen ningún principio activo. Además, existe un importante vacío acerca de la dosis, el funcionamiento y los atributos de los anticonceptivos auténticos, tanto en las usuarias como en algunos dispensadores. Esto crea una situación de vulnerabilidad estructural. Además, se identificó que la confianza depositada en actores informales, como farmacéuticos no capacitados o vendedores comunitarios, es un mecanismo ambivalente que, aunque facilita el acceso a productos legítimos, también aumenta la probabilidad de estar expuesto a productos falsificados.

En el campo de las intervenciones, las tácticas educativas y comunitarias se destacaron como las más eficaces en términos operativos, ya que favorecieron una adaptación más adecuada a los contextos locales y una aceptación superior por parte de la población. Sin embargo, las soluciones tecnológicas, por ejemplo, los sistemas de verificación digital, presentaron restricciones relacionadas con la brecha de acceso y alfabetización digital, lo cual limita su efecto en grupos poblacionales con alta vulnerabilidad. Debido a esto, se destaca la importancia de implementar métodos integrales que unan educación, regulación, robustecimiento del papel del farmacéutico y distribución segura de anticonceptivos verdaderos, priorizando la confidencialidad, la idoneidad cultural y el acceso.

En lo que respecta a las futuras líneas de investigación, se sugiere ahondar en la creación de modelos híbridos que combinen estrategias comunitarias y herramientas tecnológicas adecuadas para situaciones con poca conectividad, además de examinar cuán efectivas son las intervenciones estructurales destinadas a disminuir el desequilibrio en el acceso. Además, se sugiere investigar la función de los actores informales en la cadena de suministro y crear métodos proactivos de farmacovigilancia que faciliten el descubrimiento temprano de anticonceptivos falsificados. Estas estrategias ayudarían a optimizar la reacción del sistema sanitario y a formular políticas públicas más efectivas para evitar esta dificultad.

#### **5. AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi agradecimiento sincero al profesor Jorge Humberto Restrepo Zapata, que dirigió este trabajo y prestó apoyo constante para llevar a cabo esta investigación. Asimismo, doy las gracias a la Universidad Santiago de Cali por haber facilitado acceso a bases electrónicas, lugares académicos y los recursos requeridos para realizar la revisión sistemática. Quiero agradecer, en especial, a los maestros que, durante mi formación académica y

profesional, transmitieron sus enseñanzas y conocimientos, contribuyendo de manera significativa a mi desarrollo.

## **6. DECLARACION DEL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL**

**Los autores declaran que no han usado herramientas de inteligencia artificial (IA) en la creación de este artículo**

## **7. CONFLICTO DE INTERESES**

**Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses**

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Abewa, T., Addis, A., Asmamaw, D. B., Asmare, L., Alemu, T., & Bayou, F. D. (2024). Knowledge and use of emergency contraceptive methods and associated factors among female youth college students in Gondar city, Northwest Ethiopia, 2023. *\*BMC Women's Health\**, 24, 570. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03413-4>
2. Adongo, P. B., Tabong, P. T.-N., Azongo, T. B., Phillips, J. F., Sheff, M. C., Stone, A. E., & Tapsoba, P. (2014). A comparative qualitative study of misconceptions associated with contraceptive use in southern and northern Ghana. *\*Frontiers in Public Health\**, 2, 137. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00137>
3. Agbanou, A. N. D., Gbaguidi, F. A., Zinsou, F., Chabi, Y., & Ganfon, H. (2025). Prevalence and factors associated with the informal market for medicines in Benin: A community-based cross-sectional study. *\*Health Science Reports\**, 8(1), e71170. <https://doi.org/10.1002/hsr2.71170>
4. Ahmed, F. A., Moussa, K. M., Petterson, K. O., & Asamoah, B. O. (2012). Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: A cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students. *\*BMC Public Health\**, 12, 110. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-110>
5. Ajayi, A. I., Nwokocha, E. E., Adeniyi, O. V., Ter Goon, D., & Akpan, W. (2017). Unplanned pregnancy-risks and use of emergency contraception: A survey of two Nigerian universities. *\*BMC Health Services Research\**, 17(1), 382. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2328-7>
6. Ajayi, A. I., Nwokocha, E. E., Akpan, W., & Adeniyi, O. V. (2016). Use of non-emergency contraceptive pills and concoctions as emergency contraception among Nigerian University students: Results of a qualitative study. *\*BMC Public Health\**, 16, 1046. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3707-4>
7. Alhassan, M., Adjeso, Y. N., Yanbom, C. T., & Agomuo, S. K. S. (2025). Factors associated with the utilization of emergency contraceptives by female college students in rural Ghana: A cross-sectional study. *\*Health Science Reports\**, 8(3), e70575. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70575>
8. Al-Worafi, Y.M. (2024). Contraception-Related Issues in Developing Countries. In: Al-Worafi, Y.M. (eds) *Handbook of Medical and Health Sciences in Developing Countries*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-74786-2\\_89-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-74786-2_89-1)
9. Amalba, A., Mogre, V., Appiah, M. N. A., & Mumuni, W. A. (2014). Awareness, use and associated factors of emergency contraceptive pills among women of reproductive age

- (15-49 years) in Tamale, Ghana. *\*BMC Women's Health\**, 14(1), 114. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-114>
10. Aremu, O. (2013). Socioeconomic predictors of preference for private provider for contraception in rural Nigeria: A multilevel multinomial analysis. *\*Patient Preference and Adherence\**, 7, 655–661. <https://doi.org/10.2147/PPA.S44019>
  11. Asrade Mekonnen, B., Berhanu, K., Solomon, N., Worku, M. C., & Anagaw, Y. K. (2025). Community pharmacy professionals' knowledge, attitudes, and practices toward substandard and falsified medicines and associated factors in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia. *\*Frontiers in Pharmacology\**, 16, 1523709. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1523709>
  12. Assi, S., Thomas, J., Haffar, M., & Osselton, D. (2016). Exploring consumer and patient knowledge, behavior, and attitude toward medicinal and lifestyle products purchased from the internet: a Web-Based survey. *JMIR Public Health and Surveillance*, 2(2), e34. <https://doi.org/10.2196/publichealth.5390>
  13. Assis, M. P., & Santos, R. M. D. (2025). De “droga do século XXI” a “abortivo vendido ilegalmente”: a vida midiática do misoprostol no Brasil. *Revista Brasileira De Ciências Sociais*, 40. <https://doi.org/10.1590/40032/2025>
  14. Bandora, R. M. (2023). Fake-talk, Side Effects and the Trouble with Hormonal Contraceptives among Women in Dar es Salaam. *Medicine Anthropology Theory*, 10(3), 1–28. <https://doi.org/10.17157/mat.10.3.7277>
  15. Bashir, A., Galal, S., Ramadan, A., Wahdan, A., & El-Khordagui, L. (2020). Community pharmacists' perceptions, awareness and practices regarding counterfeit medicines: A cross-sectional survey in Alexandria, Egypt. *\*Eastern Mediterranean Health Journal\**, 26(5), 556–564. <https://doi.org/10.26719/emhj.19.058>
  16. Beson, P., Appiah, R., & Adomah-Afari, A. (2018). Modern contraceptive use among reproductive-aged women in Ghana: Prevalence, predictors, and policy implications. *\*BMC Women's Health\**, 18(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0649-2>
  17. Chin-Quee, D. S., Stanback, J., & Orr, T. (2018). Family planning provision in pharmacies and drug shops: an urgent prescription. *Contraception*, 98(5), 379–382. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.08.013>
  18. Chin-Quee, D., Stanback, J., & Graham, V. (2016). In support of community-based emergency contraception. *\*Contraception\**, 94(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.03.002>
  19. Darteh, E. K. M., & Doku, D. T. (2016). Knowledge and usage of emergency contraceptives among university students in Ghana. *\*Journal of Community Health\**, 41(1), 15–21. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0057-6>
  20. Fasih, S., MacKinnon, N., Mahlangu, T., & Lavergne, R. (2015). Women's perspectives and experiences with pharmacy access to hormonal contraception. *\*Journal of the American Pharmacists Association\**, 55(5), 494–502. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2015.14215>
  21. Fincham, J. E. (2021). Negative consequences of the widespread and inappropriate easy access to purchasing prescription medications on the internet. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8025924/>
  22. Gbagbo, F. Y. (2024). Over-the-counter procured emergency contraception among undergraduate students in a public University in Ghana. *Contraception and Reproductive Medicine*, 9(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s40834-024-00327-2>

23. Glasier, A., Manners, R., Loudon, J. C., & Muir, A. (2010). Community pharmacists providing emergency contraception give little advice about future contraceptive use: A mystery shopper study. *\*Contraception\**, 82(6), 538–542. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.05.008>
24. Gonsalves, L., Hindin, M. J., Chabeda, S., & Keesbury, J. (2020). Pharmacy providers as distributors of hormonal contraceptives to young people in Kenya: Barriers and facilitators. *\*BMJ Open\**, 10(3), e034909. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034909>
25. Gonsalves, L., Wyss, K., Gichangi, P., Say, L., & Hilber, A. M. (2019). Regulating pharmacists as contraception providers: A qualitative study from Coastal Kenya on injectable contraception provision to youth. *PLoS ONE*, 14(12), e0226133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226133>
26. Grindlay, K., Dako-Gyeke, P., Ngo, T. D., Eva, G., Gobah, L., Reiger, S. T., & Grossman, D. (2014). Contraceptive use and unintended pregnancy among young women and men in Ghana. *\*Contraception\**, 89(5), 397–408. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.002>
27. Henry, E. G., Agula, C., Agyei-Asabere, C., Asuming, P. O., Bawah, A. A., Canning, D., & Shah, I. (2021). Dynamics of emergency contraceptive use in Accra, Ghana. *\*Studies in Family Planning\**, 52(2), 175–194. <https://doi.org/10.1111/sifp.12154>
28. Hernandez, J. H., Mbadu, M. F., Garcia, M., & Glover, A. (2018). The provision of emergency contraception in Kinshasa's private sector pharmacies: Experiences of mystery clients. *\*Contraception\**, 97(1), 57–61. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.08.001>
29. Hernandez, N., Akilimalib, N., & Mbadu, N. (2020). Provision of Emergency Contraceptive Pills in Kinshasa's Informal Drug Shops: Results from a Mystery Client Study. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46, 89. <https://doi.org/10.1363/46e9120>
30. Hoque, M. E., & Ghuman, S. (2012). Knowledge, practices, and attitudes of emergency contraception among female university students in KwaZulu-Natal, South Africa. *\*PLOS ONE\**, 7(9), e46346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046346>
31. Jillani, Z., Reinhard, L., & Hertig, J. (2023). A narrative review of illegal online pharmacies and contemporary issues with restricting FDA-approved medication access. *The Journal of Medicine Access*, 7, 27550834231220512. <https://doi.org/10.1177/27550834231220512>
32. Kang, S., & Kato, K. (2024). Transnational Health and Self-care Experiences of Japanese Women who have taken Oral Contraceptives in South Korea, including Over-the-counter Access: Insights from Semi-structured Interviews. *Asian Bioethics Review*, 16(4), 711–737. <https://doi.org/10.1007/s41649-024-00293-6>
33. Karim, S. I., Irfan, F., Saad, H., Alqhtani, M., Alsharhan, A., Alzhrani, A., Alhawas, F., Alatawi, S., Alassiri, M., & Ahmed, A. M. A. (2021). Men's knowledge, attitude, and barriers towards emergency contraception: A facility based cross-sectional study at King Saud University Medical City. *\*PLOS ONE\**, 16(4), e0249292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249292>
34. Kgosiemang, B., & Blitz, J. (2018). Emergency contraceptive knowledge, attitudes and practices among female students at the University of Botswana: A descriptive survey. *\*African Journal of Primary Health Care & Family Medicine\**, 10(1), a1674. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1674>

35. Kongnyuy, E. J., Ngassa, P., Fomulu, N., Wiysonge, C. S., Kouam, L., & Doh, A. S. (2007). A survey of knowledge, attitudes and practice of emergency contraception among university students in Cameroon. *BMC Emergency Medicine*, 7, 7. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-7-7>
36. Liang, B. A., Mackey, T. K., & Lovett, K. M. (2012). Suspect online sellers and contraceptive access. *Contraception*, 86(5), 551–556. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.04.011>
37. Liang, B. A., Mackey, T. K., & Lovett, K. M. (2012). Suspect online sellers and contraceptive access. *Contraception*, 86(5), 551–556. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.04.011>
38. Magdun, M. (2021). Trademark Enforcement of Counterfeit Drugs: A Guardian of the Rich and Poor Alike. *Indiana Journal Of Law And Social Equality*, 9(2), 6. <https://www.repository.law.indiana.edu/ijlse/vol9/iss2/6>
39. Marovino, E., Morgillo, A., Mazzarella, M., & Ceipidor, S. C. B. (2023). Counterfeit of Medicinal Products and Parallel Trade: What Consequences for the Patient's Health?.
40. Medina Paredes, L. (2025). Farmacovigilancia una herramienta en el seguimiento y creación de alertas sanitarias a medicamentos.
41. Meredith, A. H., Anderson, H. J., Zhang, Q., & Huang, Y. (2020). Adolescent perspectives on pharmacist-prescribed hormonal contraception. *Pharmacy*, 8(3), 162. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8030162>
42. Mohammed, S., Abdulai, A. M., & Iddrisu, O. A. (2019). Pre-service knowledge, perception, and use of emergency contraception among future healthcare providers in northern Ghana. *Contraception and Reproductive Medicine*, 4, 1. <https://doi.org/10.1186/s40834-018-0082-9>
43. Moore, A. M., Ortiz, J., Blades, N., Whitehead, H., & Villarreal, C. (2021). Women's experiences using drugs to induce abortion acquired in the informal sector in Colombia: qualitative interviews with users in Bogotá and the Coffee Axis. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 146–161. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1890868>
44. Musoke, D., Lubega, G. B., Brandish, C., Russell-Hobbs, K., Hamilton, N., Winter, J., Nabbanja, C. E., Niyongabo, F., Obeng Brown, M., Banyen, E. R., Aguma, H. B., & Gibson, L. (2025). Perceptions and practices on substandard and falsified medicines in humans and animals in Wakiso district, Uganda: A qualitative study. *PLOS ONE*, 20(12), e0339569. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0339569>
45. Nalwadda, G., Mirembe, F., Byamugisha, J., & Faxelid, E. (2010). Persistent high fertility in Uganda: Young people recount obstacles and enabling factors to use of contraceptives. *BMC Public Health*, 10, 530. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-530>
46. Nara, R., Banura, A., & Foster, A. M. (2020). Assessing the availability and accessibility of emergency contraceptive pills in Uganda: A multi-methods study with Congolese refugees. *Contraception*, 101(2), 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.09.008>
47. Nguyen, T. T. X., Nguyen, T. T. Q., Le, L. H., & Dinh, D. X. (2023). Knowledge, attitudes, and practices toward emergency contraceptive pills among community pharmacists and pharmacy customers: A cross-sectional study in urban Vietnam. *Contraception*, 128, 110275. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110275>
48. Nsubuga, H., Sekandi, J. N., Sempeera, H., & Makumbi, F. E. (2016). Contraceptive use, knowledge, attitude, perceptions and sexual behavior among female university students

- in Uganda: A cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, 16, 6. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0286-6>
49. Nwokocha, E., Osei, I., Adomako, J., & Adanu, R. (2023). Determinants of family planning client volume by outlet and provider characteristics in Kenya, Nigeria, and Uganda. *BMC Women's Health*, 23(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02365-z>
  50. O'Hagan, A., & Garlington, A. (2018). Counterfeit drugs and the online pharmaceutical trade, a threat to public safety. <https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/33978/>
  51. OlaOlorun, F. M., Hindin, M. J., Bello, F. A., & Okonkwo, N. S. (2020). Covert use of contraception and its correlates in a cohort of married women in Ibadan, Nigeria. *PLOS ONE*, 15(5), e0232881. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232881>
  52. Owen, D. H., Jenkins, D., Cancel, A., Carter, E., Dorflinger, L., Spieler, J., & Steiner, M. J. (2012). Development and implementation of a quality assurance program for a hormonal contraceptive implant. *Contraception*, 87(4), 473–479. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.07.010>
  53. Pal, E., Merchant, L., Koffi, A. K., Mehta, R., Rusatira, J. C., Kubiak, L., Michtalik, H. J., Caubel, P., & Ahmed, S. (2025). Assessing knowledge, attitudes, and practices and demand-side interventions for combating substandard and falsified medicines: A scoping review. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 18(1), 2550369. <https://doi.org/10.1080/20523211.2025.2550369>
  54. Palermo, T., Bleck, J., & Westley, E. (2014). Knowledge and use of emergency contraception: A multicountry analysis. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 79–86. <https://doi.org/10.1363/4007914>
  55. Peterson, J. M. (2025). MOBILE-BASED DRUG VERIFICATION AND CONSUMER AWARENESS IN SOUTH-EAST NIGERIA. Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research). <https://doi.org/10.5281/zenodo.17476001>
  56. Rehm, M. H., Nadeem, S., Farid, N., Nazir, A., Mushtaq, Z., & Manzoor, N. (2025). Forensic, pharmacological, and public health analysis of ECP-induced abortions in Punjab: A 100-case study on demographic patterns, medico-legal consequences, and community health impacts. *International Journal of Life Sciences, Biotechnology and Pharma Research*, 14\*(5), 198–210. [https://doi.org/10.69605/ijlbpr\\_14.5.2025.36](https://doi.org/10.69605/ijlbpr_14.5.2025.36)
  57. Rojas-Cortés, R. (2020). Substandard, falsified and unregistered medicines in Latin America, 2017-2018. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.125>
  58. Rokicki, S., & Merten, S. (2018). The context of emergency contraception use among young unmarried women in Accra, Ghana: A qualitative study. *Reproductive Health*, 15(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0656-7>
  59. Salinas López, C. D. (2022). Análisis del comportamiento de la prescripción de medicamentos de control especial y la calidad del sistema de información SIMEC en el departamento de Risaralda en el año 2021.
  60. Sanchez, K., Morón-Castro, M., Odeniyi, A., & Mbaye, R. (2021). Contraceptive method preferences among young women in Nigeria: A qualitative study using focus group discussions. *Contraception and Reproductive Medicine*, 6(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40834-021-00163-w>
  61. Sholy, L., Gard, P., Williams, S., & MacAdam, A. (2017). Pharmacist awareness and views towards counterfeit medicine in Lebanon. *International Journal of Pharmacy Practice*, 26(3), 273–280. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12388>

62. Sibanda, S. S. (2019). The Informal Trading of Contraceptive Pills in Kadoma, Zimbabwe. University of Johannesburg (South Africa).
63. Slaymaker, E., Scott, R. H., Palmer, M. J., Palla, L., Marston, M., Gonsalves, L., Say, L., & Wellings, K. (2020). Trends in sexual activity and demand for and use of modern contraceptive methods in 74 countries: a retrospective analysis of nationally representative surveys. *The Lancet Global Health*, 8(4), e567–e579. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30060-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30060-7)
64. Sychareun, V., Hansana, V., Phengsavanh, A., & Phongsavan, K. (2013). Awareness and attitudes towards emergency contraceptive pills among young people in the entertainment places, Vientiane City, Lao PDR. *BMC Women's Health*, 13, 14. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-14>
65. Teixeira, M., Guillaume, A., Ferrand, M., Adjamabgo, A., Bajos, N., Bakass, F., Pierrette, K., Osei, I., Soubeiga, A., Gourbin, C., Mayhew, S., & Rossier, C. (2012). Representations and uses of emergency contraception in West Africa: A social anthropological reading of a northern medicinal product. *Social Science & Medicine*, 75(1), 148–155. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.038>
66. Ujuju, C., Adebayo, S. B., Anyanti, J., Oluigbo, O., Muhammad, F., & Ankomah, A. (2014). An assessment of the quality of advice provided by patent medicine vendors to users of oral contraceptive pills in urban Nigeria. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 163–171. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S57117>
67. Vida, R. G., Merczel, S., Jahn, E., & Fittler, A. (2020). Developing a framework regarding a complex risk based methodology in the evaluation of hazards associated with medicinal products sourced via the internet. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 28(12), 1733–1742. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2020.10.018>
68. Wagnild, J. M., Akhter, N., Lee, D., Jayeola, B., Darko, D. M., Adeyeye, M. C., Komeh, J. P., Nahamya, D., Kasim, A., & Hampshire, K. (2024). The role of constraints and information gaps in driving risky medicine purchasing practices in four African countries. *Health Policy and Planning*, 39(4), 372–386. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae006>
69. Wagnild, J. M., Owusu, S. A., Mariwah, S., Kolo, V. I., Vandi, A., Namanya, D. B., Kuwana, R., Jayeola, B., Prah-Ashun, V., Adeyeye, M. C., Komeh, J., Nahamya, D., & Hampshire, K. (2025). Can public education campaigns equitably counter the use of substandard and falsified medical products in African countries? *Health Policy and Planning*, 40(4), 447–458. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaf004>
70. Wekesa, P. N., Himes, E., Vallin, J., Kramer, J., Gitome, S., Okumu, S., Kwena, Z. A., Suchman, L., Ndunyu, L., Phillips, B., Bukusi, E., & Liu, J. (2025). “I wasn’t even thinking of ever shopping online. . .but now I feel like I can”: Exploring the promise and limitations of e-commerce for self-care contraceptives in Kenya. *Verixiv*. <https://doi.org/10.12688/verixiv.2177.1>
71. White, C. M. (2020). Counterfeit drugs: A major issue for vulnerable citizens throughout the world and in the United States. *Journal of the American Pharmacists Association*, 61(1), e93–e98. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.04.020>
72. Worku, M. C., Mitku, M. L., Ayenew, W., Limenh, L. W., Ergena, A. E., Geremew, D. T., Bizuneh, G. K., Tefera, B. B., Mekonnen, B. A., & Anagaw, Y. K. (2024). Assessment of knowledge, attitude, and practice on substandard and counterfeit pharmaceutical products among pharmacy professionals in Gondar City: North-West Ethiopia. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 16(10), 102140. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2024.102140>

73. Zhang, H., Hua, D., Huang, C., Samal, S. K., Xiong, R., Sauvage, F., Braeckmans, K., Remaut, K., & De Smedt, S. C. (2020). Materials and Technologies to Combat Counterfeiting of Pharmaceuticals: Current and future problem tackling. *Advanced Materials*, 32(11), e1905486. <https://doi.org/10.1002/adma.201905486>
74. Ziavrou, K. S., Noguera, S., & Boumba, V. A. (2022). Trends in counterfeit drugs and pharmaceuticals before and during COVID-19 pandemic. *Forensic Science International*, 338, 111382. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2022.111382>
75. ZINIEL, F. A. D. (2021). SOCIO-ECONOMIC IMPACT OF COUNTERFEITMEDICINE/FAKE DRUGS ON GHANA UNDER SDG 3 (Doctoral dissertation, University of Ghana).
76. Zwar, N. (2018). Travelling with medicines. *Australian Prescriber*, 41(4), 102–104. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2018.034>