

Las relaciones de género y la toma de decisiones sobre reproducción: Honduras

CONTEXTO: Las diferencias de género influyen en la toma de decisiones en materia de salud reproductiva. La mayor parte de la información en este área en América Latina proviene de los datos suministrados por las mujeres sobre la participación del hombre en ese proceso.

MÉTODOS: Los datos fueron recopilados en Honduras en 2001 a través de dos encuestas nacionales que utilizaron muestras independientes de hombres de 15–59 años y de mujeres de 15–49. Se usaron análisis bivariados y multivariados para identificar los factores relacionados con las actitudes y conductas de los hombres con respecto a la toma de decisiones sobre el tamaño deseado de la familia y el uso de la planificación familiar.

RESULTADOS: En general, el 25% de las mujeres y el 28% de los hombres indicaron que el hombre solo debería ser responsable de por lo menos una de estas decisiones sobre reproducción, y el 27% de las mujeres y el 21% de los hombres manifestaron que así lo fue en su hogar (i.e., el hombre solo había tomado una o ambas decisiones). Entre las mujeres, los factores de no tener hijos y vivir en una unión consensual estaban relacionados con actitudes que apoyaban un proceso de decisión centrado en el hombre. Cuando examinamos los factores que incidían en que la toma de decisiones había sido de hecho centrada en el hombre, los factores significativos entre las mujeres eran haber cursado estudios inferiores a secundario, pertenecer a una condición socioeconómica media o baja, y residir en una zona rural. En lo que respecta a los hombres, haber obtenido un nivel de educación inferior al secundario y vivir en una unión consensual estaban asociados con ambos resultados, las actitudes y conductas acerca de la dominación del hombre en tales decisiones. Las mujeres que alguna vez habían usado o que estaban usando anticonceptivos modernos fueron significativamente menos proclives que las que nunca los usaron o que estaban usando métodos tradicionales a mantener las actitudes que apoyaban que el poder de toma de decisiones se centrara en el hombre.

CONCLUSIONES: Los programas deberían reconocer los desequilibrios de poder entre los géneros, los cuales afectan la capacidad de la mujer para lograr sus metas reproductivas. En las zonas rurales, los programas deberían centrar la atención en los hombres, alentándolos a comunicarse con sus cónyuges y a adoptar en forma conjunta las decisiones en materia reproductiva.

Publicado originalmente en inglés en International Family Planning Perspectives, 2005, 31(3):131–139

Por Ilene S. Speizer,
Lisa Whittle y
Marion Carter

En el momento en que se realizó este trabajo, Ilene S. Speizer era consultora, Lisa Whittle era miembro asociada de ORISE y Marion Carter era funcionaria de servicio de inteligencia epidemiológica. Las tres pertenecían a la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia, EEUU.

La comunidad internacional de salud reproductiva ha reconocido la importancia de abordar las disparidades de género en las relaciones sexuales y en la toma de decisiones sobre la salud reproductiva como una cuestión fundamental para mejorar la salud y los derechos reproductivos de ambos géneros. Las desigualdades de poder con base en el género pueden contribuir a que haya problemas de salud—por ejemplo, al dificultar la buena comunicación entre la pareja en la toma de decisiones sobre cuestiones de salud reproductiva, al obstaculizar el acceso de la mujer a los servicios de salud reproductiva, al impedir que la mujer y el hombre tengan buena salud sexual y disfruten del placer en las relaciones sexuales, y al incrementar sus riesgos de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).¹

La desigualdad por razones de género en el proceso de toma de decisiones sobre cuestiones de reproducción es un elemento clave del contexto social de la salud reproductiva. Estudios revelan que con frecuencia las parejas difieren sobre sus deseos respecto a los embarazos y al uso

de anticonceptivos.² Cuando este desacuerdo tiene lugar en un entorno de autoridad masculina, las opiniones del hombre se imponen sobre las de las mujeres, aun cuando con frecuencia ellas son las que deben implementar este tipo de decisiones. En algunos casos, los hombres temen que si ellos aprueban el uso de la planificación familiar, podrían perder su papel de jefe de familia, su mujer podría serle infiel o también podrían ser ridiculizados dentro de su comunidad.³ Aun cuando en teoría los hombres aprueban la planificación familiar, pueden no estar de acuerdo que sus parejas practiquen la anticoncepción y también es posible que no estén dispuestos a usar un condón.⁴ Como resultado de ello, las mujeres pueden sacrificar sus propios deseos y dejarse imponer los deseos de su pareja—o lo que la mujer percibe que sean los deseos de él.⁵ En otros casos, las mujeres pueden practicar la anticoncepción en forma oculta, exponiéndose potencialmente a la vulnerabilidad financiera o, si son descubiertas por su pareja, a la violencia emocional o física.⁶ En forma inversa, las mujeres que

CUADRO 1. Distribución porcentual de mujeres y hombres hondureños en unión, por características seleccionadas, Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar y Encuesta Nacional de Salud Masculina, 2001

Característica	Mujeres (N=7,158)	Hombres (N=2,686)
Residencia		
Tegucigalpa	13.1	11.8
San Pedro Sula	8.4	7.6
Otro centro urbano	24.6	24.8
Rural	54.0	55.8
Edad (años)***		
15-24	29.1	14.0
25-29	19.0	15.9
30-34	16.9	16.4
35-39	15.1	14.8
≥40	20.0	38.9
No. de hijos vivos***		
0	7.0	7.2
1-2	37.4	31.1
3-4	30.7	27.4
≥5	24.9	34.3
Nivel educativo**		
Ninguna educación	11.9	16.1
Primaria	64.2	63.1
Secundaria	19.6	15.1
>secundaria	4.3	5.7
Nivel socioeconómico		
Bajo	38.2	43.6
Medio	37.6	37.2
Alto	24.2	19.2
Religión***		
Católica	51.9	54.0
Protestante	34.8	24.7
Otra/ninguna	13.3	21.3
Tipo de unión		
Matrimonio formal	42.2	43.7
Unión consensual	57.8	56.3
Educación relativa de su pareja*		
Más baja	18.1	19.9
Igual	62.4	61.3
Superior	16.2	17.0
No sabe	3.4	1.8
Uso de anticonceptivos alguna vez/actual		
Nunca usó método moderno	18.1	17.3
Alguna vez usó método moderno, ahora no	20.3	22.3
Usa método moderno reversible	30.9	32.4
Usa esterilización	20.0	17.0
Usa métodos tradicionales	10.7	11.0

*p≤.05. **p≤.01. ***p≤.001. Notas: Todos los valores están ajustados por la ponderación y el diseño de aglomeración de la encuesta; la muestra no ponderada consistió de 5,741 mujeres y 2,134 hombres. Los niveles de significación fueron calculados mediante la F-test ajustada de Pearson-Wald.

tienen cierto poder de decisión y autonomía tienen con frecuencia mejores posibilidades que otras mujeres de lograr sus metas de salud reproductiva.⁷

El poder de negociación entre el hombre y la mujer en América Latina sobre estas y otras cuestiones está atravesando una etapa de transformación a medida que la región está pasando por los rápidos cambios sociales, económicos y políticos.⁸ En muchas partes de América Latina postcolonial, hombres de diversas clases y orígenes étnicos históricamente han actuado como proveedores y patriarcas del

núcleo familiar, asumiendo la responsabilidad por las decisiones de su familia en cuestiones de salud reproductiva y controlando el acceso de sus cónyuges a esos servicios.⁹ Sin embargo, durante las últimas décadas, las guerras civiles, los movimientos feministas; las elevadas tasas de desempleo, inflación y migración, y el mayor acceso de los medios informativos con extensión global han propiciado enormes cambios. Hoy en día, las mujeres de América Central permanecen varios años más en las escuelas, emigran a los centros urbanos, participan en la fuerza laboral, contraen matrimonio a una mayor edad, usan anticonceptivos y tienen familias menos numerosas.¹⁰ Entre los hombres también se han registrado cambios, tales como una mayor migración a las zonas urbanas, contraerse matrimonio a mayor edad, y mayor aceptación y uso de anticonceptivos.

Los efectos de estos cambios en la toma de decisiones relacionadas con el género—y en particular con la toma de decisiones en materia de salud reproductiva—no son claros y resulta difícil descifrarlos. En este informe, no tratamos de explicar estos efectos sino de caracterizar los contextos sociales y familiares en los que se adoptan las decisiones sobre salud reproductiva en Honduras, uno de los numerosos países que están atravesando una etapa de rápidos cambios.

En Honduras, un pequeño país con una población que asciende a los 6.7 millones de habitantes, la tasa global de fecundidad se redujo de 7.4 hijos por mujer en 1971, a 4.4 en 2001.¹¹ La mayor participación de la mujer en la fuerza laboral y el logro de un mejor nivel educativo han sido dos factores relacionados con un mayor uso de los anticonceptivos.¹² El porcentaje de mujeres casadas/unidas de 15-44 años que usan algún método anticonceptivo aumentó del 50% en 1996 al 62% en 2001; la mayor parte de este aumento se debió a un mayor uso de la inyección.¹³ En 2001, los métodos anticonceptivos modernos más comúnmente utilizados fueron la esterilización femenina (29% del uso total), la píldora (17%), la inyección (16%) y el DIU (16%). El condón—un método cuyo uso depende del compañero—era responsable de solamente el 5% del uso.

Nuestro análisis está basado en la información obtenida de mujeres y hombres unidos (aunque no entre sí). Por lo tanto, esta información ofrece una oportunidad singular para comparar los datos proporcionados por hombres y mujeres sobre quién debería tomar las decisiones en materia de salud reproductiva (actitudes), con los informes sobre quién realmente toma esas decisiones en el hogar de los entrevistados (conductas). Examinamos las actitudes y las conductas notificadas sobre la toma de decisiones en cuestiones de salud reproductiva—el tamaño de la familia y uso de anticonceptivos.

MÉTODOS

Fuentes de datos

Los datos utilizados en este estudio de investigación provienen de dos encuestas representativas a nivel nacional realizadas en el año 2001 por la Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA) con la asistencia

técnica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF-2001), en la cual participaron 8,362 mujeres de 15–49 años (N ponderado=11,990), y la Encuesta Nacional sobre Salud Masculina (ENSM-2001), la cual recopiló datos de 3,247 hombres, de 15–59 años (N ponderado=4,968).

Las encuestas utilizaron muestreos en varias etapas en las cuales las unidades muestrales primarias representaron segmentos censales. Para la encuesta de hombres, se seleccionaron 200 unidades muestrales primarias; para la encuesta de mujeres, se recurrió a 400 unidades muestrales primarias diferentes. Para la encuesta de mujeres, la probabilidad de selección como una unidad muestral primaria fue proporcional al tamaño de la población. Para la encuesta de hombres, se seleccionaron las unidades muestrales primarias con la probabilidad proporcional al tamaño después de estratificación por lugar de residencia (Tegucigalpa, San Pedro Sula, otras zonas urbanas y zonas rurales). En ambas encuestas, se seleccionaron 30 viviendas en cada segmento de la primera etapa; cada vivienda en un segmento determinado tenía iguales probabilidades de selección. Finalmente, se ponderaron los datos de acuerdo con el número de entrevistados elegibles en cada vivienda. En la muestra de hombres, se ajustaron los datos por la edad y el estado civil del hombre para que la muestra fuera comparable con la muestra de la ENSM de 1996, la cual tenía una tasa más elevada de participación que la muestra obtenida en el año 2001.

Medidas

Para fines de este estudio, analizamos las respuestas obtenidas por las preguntas que evaluaban las actitudes de los entrevistados con respecto a si el hombre o la mujer debería generalmente adoptar las decisiones sobre el tamaño de la familia y el uso de la planificación familiar, y sobre quién realmente adoptaba esa decisión en sus propios hogares. Como se les preguntó sobre la toma de decisiones en su hogar solamente a los entrevistados que vivían en pareja, la muestra de la encuesta se limitó a 7,158 mujeres (N no ponderado=5,741) y 2,686 hombres (N no ponderado=2,134) que estaban casados o en unión consensual en el momento en que se realizó la encuesta.* Como las muestras de hombres y mujeres fueron independientes, no pudimos examinar el proceso de toma de decisión entre pareja.

Las preguntas formuladas en el cuestionario sobre actitudes específicas en cuanto a quién le correspondía tomar las decisiones fueron las siguientes: “¿Quién debería decidir el número de hijos que una pareja quiere tener?” y “¿Quién debería decidir que una pareja utilice métodos de planificación familiar?” Para evaluar el proceso de toma de decisiones en el hogar de los entrevistados, en la encuesta se formuló la siguiente pregunta, “¿Quién decide en su casa sobre lo siguiente: uso de anticonceptivos y cuántos hijos debe tener la pareja?” Las respuestas para ambas preguntas fueron el esposo, la esposa,† ambos, otros, no aplicable. Clasificamos las actitudes y conductas respecto a la toma

CUADRO 2. Porcentaje de mujeres y hombres que informaron sobre ciertas actitudes y conductas relacionadas a la toma de decisiones

Actitud o conducta	Mujeres	Hombres
ACTITUDES EN CUANTO A QUIÉN DEBERÍA TOMAR LA DECISIÓN‡		
Sólo el hombre debería decidir		
Tamaño de familia	17.8	18.8
Planificación familiar†	14.9	17.4
Sólo el hombre debería decidir*		
Tamaño de familia o planificación familiar (no ambos)	16.7	20.5
Ninguna	75.3	71.7
Ambas	8.0	7.8
TOMA DE DECISIONES EN SU HOGAR§		
Sólo el esposo decide		
Tamaño de familia***	19.1	13.3
Planificación familiar***	19.1	13.8
Sólo el esposo decide***		
Tamaño de familia o planificación familiar (no ambos)	16.6	15.1
Ninguna	72.8	79.2
Ambas	10.6	5.8
ACTITUD CONTRA CONDUCTA EN SU HOGAR***, ††		
El hombre no debería tomar ninguna decisión/esposo no toma ninguna	61.0	65.9
El hombre no debería tomar ninguna/ esposo toma ≥1	14.7	5.1
Hombre debería decidir ≥1/ esposo no decide ninguna	10.0	11.0
Hombre debería decidir ≥1/esposo decide ≥1	14.2	18.1

*p≤.05. **p≤.01. ***p≤.001. †p≤.10. #Mujeres, N=7,158; hombres, N=2,686. §Decisiones sobre el tamaño de la familia, N=6,981 mujeres; N=2,553 hombres. Para las decisiones sobre planificación familiar, N=6,403 mujeres; N=2,158 hombres. ††N=6,489 mujeres; N=2,223 hombres. Prueba de Breslow-Day de homogeneidad de razones de momios utilizada para determinar la significancia. Notas: Todos los valores están ajustados por la ponderación y el diseño de aglomeración de la encuesta. Excepto en los análisis de las actitudes contra conductas, se empleó la F-test ajustada de Pearson-Wald para determinar la significancia.

de decisiones como centradas en el hombre (significa que solamente el hombre toma las decisiones) o no centradas en el hombre (significa que solamente la mujer toma las decisiones o el hombre y la mujer toman las decisiones en forma conjunta). Examinamos las actitudes y conductas centradas en el hombre porque en comparación con las decisiones centradas en la mujer o conjuntas entre los dos, las primeras son más fáciles de interpretar e indiscutiblemente son de mayor interés para las personas que estudian las disparidades de género en materia de salud reproductiva.

Para los fines de este estudio, nuestro interés por la adopción de decisiones centradas en el hombre radica en sus consecuencias potenciales para la vida de familia, porque la decisión centrada en el hombre puede favorecer los intereses del hombre por encima de los de su pareja. Los datos para

*Para realizar el análisis multivariado que compara mujeres y hombres, volvimos a ponderar la muestra de los hombres para que su tamaño fuera más comparable con el de la muestra de las mujeres, y de esa manera la razón hombre-mujer en la encuesta fue más similar a la razón entre la población general de Honduras. Este ajuste se realizó multiplicando todas las ponderaciones correspondientes a los hombres por 2.4. El resultado fue de una muestra total ponderada y ajustada que ascendió a 11,973 hombres, en comparación con 11,990 entrevistadas en la muestra ponderada de las mujeres.

†En este artículo, los “esposos” y “esposas” incluyen hombres y mujeres que se viven tanto en uniones consensuales como en uniones legales.

CUADRO 3. Razones de momios ajustadas (e intervalos de confianza del 95%) de los análisis de regresión logística que evalúan las relaciones entre ciertas características de mujeres y hombres de Honduras y las creencias de que únicamente los maridos/compañeros deberían tomar las decisiones sobre el tamaño de la familia y el uso de la planificación familiar

Característica	Mujeres (N=7,159)	Hombres (N=2,686)
Grupo de edad (años)		
15–24	1.29 (1.02–1.64)*	1.05 (0.69–1.58)
25–29	1.04 (0.83–1.31)	0.73 (0.51–1.05)
30–34 (ref)	1.00	1.00
35–39	0.96 (0.75–1.22)	0.91 (0.64–1.29)
≥40	1.35 (1.07–1.72)*	0.83 (0.57–1.20)
Residencia		
Tegucigalpa/San Pedro Sula (ref)	1.00	1.00
Otros centros urbanos	1.38 (1.04–1.82)*	1.11 (0.82–1.48)
Rural	1.51 (1.15–2.00)**	1.03 (0.73–1.45)
Nivel educativo		
Ninguna educación	5.05 (3.40–7.50)***	5.22 (2.81–9.72)***
Primaria	3.22 (2.36–4.41)***	2.58 (1.69–3.92)***
≥secundaria (ref)	1.00	1.00
Nivel socioeconómico		
Bajo	2.34 (1.73–3.17)***	1.24 (0.78–1.96)
Medio	1.42 (1.06–1.89)*	1.23 (0.90–1.67)
Alto (ref)	1.00	1.00
Religión		
Católica (ref)	1.00	1.00
Protestante	1.23 (1.04–1.46)*	1.17 (0.86–1.60)
Otra/ninguna	1.15 (0.94–1.41)	1.09 (0.79–1.49)
Tipo de unión		
Matrimonio formal (ref)	1.00	1.00
Unión consensual	1.26 (1.07–1.49)**	1.66 (1.24–2.24)***
Educación relativa de su pareja		
Menor	1.15 (0.93–1.42)	1.52 (1.07–2.14)*
Igual (ref)	1.00	1.00
Mayor	0.90 (0.73–1.11)	0.72 (0.47–1.10)
No sabe	0.88 (0.63–1.25)	1.12 (0.53–2.39)
No. de hijos vivos		
0 (ref)	1.00	1.00
1–2	0.66 (0.50–0.88)**	0.96 (0.59–1.57)
3–4	0.63 (0.46–0.84)**	0.89 (0.54–1.48)
≥5	0.60 (0.44–0.83)**	0.89 (0.50–1.59)

*p≤.05. **p≤.01. ***p≤.001.

este proyecto fueron transversales y por lo tanto no pueden ser utilizados para establecer las consecuencias de los patrones de la toma de decisiones; sin embargo, pueden identificar relaciones entre las actitudes y prácticas en materia de toma de decisiones y pueden ofrecer pruebas acerca de las consecuencias prácticas del proceso centrado en el hombre. Con este propósito, examinamos la relación entre la opinión del entrevistado de que solamente el esposo debe tomar decisiones sobre planificación familiar y el uso de anticonceptivos por parte del entrevistado. Asimismo, examinamos

*La condición socioeconómica fue clasificada como baja, media o alta, de acuerdo con un índice de bienes y servicios que estuvo basado en nueve componentes potenciales de la vivienda: agua corriente, inodoro, electricidad, radio, televisión, refrigeradora, teléfono, vehículo privado, y cocina eléctrica o a gas.

la relación entre la respuesta del entrevistado de que en su hogar el esposo solo toma las decisiones sobre planificación familiar y el uso anticonceptivo de hecho.

La variable correspondiente al uso de planificación familiar fue creada sobre la base de los informes sobre el uso actual de planificación familiar (definido como uso durante los últimos 30 días) y el uso alguna vez de anticonceptivos. Se les preguntó tanto a los hombres como a las mujeres si ellos o su pareja habían utilizado o estaban utilizando métodos específicos. De esto se creó una variable sobre planificación familiar de cinco categorías: nunca habían usado un método anticonceptivo moderno y en ese momento no estaban utilizando ningún método; en el pasado habían usado un método moderno pero ya no; actualmente estaban usando un método moderno no permanente (píldora, inyección, condones, DIU o implante); actualmente estaban protegidos mediante la esterilización femenina o masculina; y actualmente utilizaban un método tradicional. Aproximadamente la mitad de los actuales usuarios de un método tradicional habían utilizado en el pasado métodos modernos; a estos entrevistados se los codificó de acuerdo con su método actual.

Análisis estadístico

Utilizamos análisis bivariados para examinar las diferencias de las actitudes del hombre y la mujer con respecto a la toma de decisiones y la información suministrada sobre el proceso de toma de decisiones en el hogar. Realizamos análisis multivariados de regresión logística para examinar los factores sociales y demográficos relacionados con por lo menos una actitud centrada en el hombre (por ejemplo, que el esposo solo debería decidir sobre el número de hijos o sobre las cuestiones de planificación familiar) y también con por lo menos una conducta centrada en el hombre (el esposo solo tomó una o ambas decisiones pertinentes). Los modelos multivariados incluyeron los factores tales como el grupo de edad del entrevistado, el lugar de residencia, el nivel de educación, la religión, el tipo de unión, el número de hijos vivos, la diferencia entre el nivel educativo del entrevistado y el su pareja, y el nivel socioeconómico del hogar.*

Para todos los análisis se utilizó la versión 7SE del software STATA, la cual se controla el diseño y la ponderación de la muestra. Nuestros dos primeros modelos multivariados (uno para mujeres y uno para hombres) examinaron los factores sociales y demográficos relacionados con la actitud de que el hombre debería tomar las decisiones. Se realizaron análisis similares para identificar los factores relacionados con el hecho de que el hombre tomó las decisiones en el hogar. Asimismo, evaluamos las diferencias en el proceso de decisiones centrado en el hombre entre las muestras de hombres y mujeres mediante análisis que ajustaron por las covariables. Los resultados del modelo conjunto de hombres y mujeres se analizan y presentan en el texto pero no se indican en los cuadros. (La primera autora tiene los modelos completos y están disponibles si son solicitados).

CUADRO 4. Razones de momios ajustadas (e intervalos de confianza del 95%) de los análisis de regresión logística que evalúan las relaciones entre ciertas características de mujeres y hombres de Honduras que viven en un hogar en que solamente el hombre toma las decisiones sobre el tamaño de la familia o el uso de planificación familiar

Característica	Mujeres (N=6,336)	Hombres (N=2,158)
Grupo de edad (años)		
15-24	1.06 (0.83-1.34)	0.98 (0.59-1.63)
25-29	1.08 (0.88-1.34)	0.84 (0.51-1.39)
30-34 (ref)	1.00	1.00
35-39	0.96 (0.75-1.25)	0.78 (0.50-1.23)
≥40	0.98 (0.77-1.23)	0.69 (0.46-1.04)
Residencia		
Tegucigalpa/San Pedro Sula (ref)	1.00	1.00
Otros centros urbanos	1.33 (1.03-1.72)*	0.86 (0.61-1.21)
Rural	1.40 (1.10-1.78)**	0.86 (0.59-1.24)
Nivel educativo		
Ninguna educación	3.10 (2.13-4.52)***	4.14 (1.88-9.09)***
Primaria	2.03 (1.57-2.64)***	1.95 (1.17-3.24)**
≥secundaria (ref)	1.00	1.00
Nivel socioeconómico		
Bajo	2.10 (1.57-2.81)***	1.62 (0.91-2.89)
Medio	1.52 (1.17-1.96)**	1.74 (1.13-2.68)*
Alto (ref)	1.00	1.00
Religión		
Católica (ref)	1.00	1.00
Protestante	0.93 (0.80-1.08)	1.21 (0.86-1.72)
Otra/ninguna	1.08 (0.88-1.33)	0.74 (0.50-1.10)
Tipo de unión		
Matrimonio formal (ref)	1.00	1.00
Unión consensual	1.05 (0.90-1.22)	2.19 (1.46-3.30)***
Educación relativa de su pareja		
Menor	1.12 (0.90-1.38)	1.29 (0.84-1.99)
Igual (ref)	1.00	1.00
Mayor	0.86 (0.70-1.07)	0.59 (0.34-1.04)
No sabe	0.71 (0.46-1.09)	1.13 (0.47-2.70)
No. de hijos vivos		
0 (ref)	1.00	1.00
1-2	0.74 (0.52-1.08)	1.18 (0.64-2.19)
3-4	0.74 (0.50-1.09)	0.92 (0.49-1.72)
≥5	0.71 (0.47-1.09)	1.40 (0.66-2.97)

*p≤.05. **p≤.01. ***p≤.001.

RESULTADOS

Las muestras de hombres y mujeres se distribuyeron en forma similar en las categorías de lugar de residencia, nivel socioeconómico, tipo de unión (formal contra consensual) y uso de anticonceptivos (Cuadro 1, página 2). Sin embargo, difieren en cuanto al nivel educativo, número de hijos vivos y religión. Además, generalmente los hombres eran mayores que las mujeres; se consideraron elegibles individuos de hasta 50-59 años de edad para la muestra de hombres, pero no para la de mujeres. El diferencial de edad puede explicar el mayor nivel educativo de las mujeres, dado que los participantes más jóvenes quizás tuvieron un mayor acceso a la educación.

El 18% de las mujeres y el 19% de los hombres consideraban que sólo el hombre debería tomar las decisiones sobre el número de hijos; el 15% y 17%, respectivamente, creía

que sólo el hombre debería tomar las decisiones sobre las cuestiones de planificación familiar (Cuadro 2, página 3). Con respecto a estas dos medidas, no se registraron diferencias significativas por género según los resultados de pruebas bivariadas o modelos multivariados que controlaron las características sociales y demográficas (no se muestra).

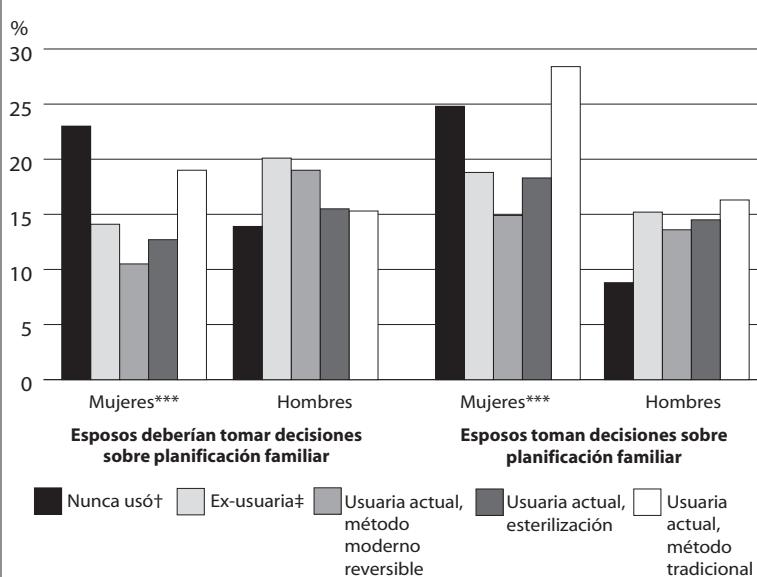
El 58% de las mujeres y el 67% de los hombres indicaron que los dos miembros de la pareja deberían decidir sobre el número de hijos y el 54% y el 63% consideraron que la pareja debería tomar las decisiones sobre el uso de la planificación familiar en forma conjunta (no se muestra). En general, aproximadamente la cuarta parte de las mujeres (25%) y de los hombres (28%) adoptaron una actitud centrada en el hombre sobre una o ambas medidas; sólo el 8% de las mujeres y el 8% de los hombres creían que sólo los maridos deberían adoptar ambos tipos de decisiones. Las correlaciones entre ambos tipos de actitudes para la toma de decisiones fueron moderadas (0.40 entre mujeres y 0.33 entre hombres).

En el cuadro también se presentan los porcentajes de mujeres y hombres que indicaron que ambas decisiones estaban a cargo del marido en su hogar. Con respecto a ambas medidas, el 19% de las mujeres indicaron que sus esposos eran los únicos que tomaban esas decisiones. El 13% de los hombres indicaron que ellos mismos tomaban las decisiones sobre el número de hijos, y el 14% indicaron que únicamente ellos decidían sobre el uso de la planificación familiar. En el caso de ambas medidas, diferían significativamente los porcentajes de hombres y mujeres que indicaron que las decisiones estaban centradas en el hombre. Estas diferencias permanecieron siendo significativas en los modelos multivariados que controlaron las características sociales y demográficas (no se muestra).

Aproximadamente la mitad de las mujeres indicaron que ambos miembros de la pareja tomaban las decisiones sobre el número de hijos (57%) o sobre planificación familiar (52%); entre los hombres, estos porcentajes fueron del 77% y 71%, respectivamente (no se muestra). Si bien eran similares los porcentajes de los que indicaron que las decisiones del hogar con respecto a estas dos medidas estaban centradas en el hombre, solamente el 11% de las mujeres y el 6% de los hombres consideraron que esto era así con respecto a ambas medidas. Aproximadamente la cuarta parte de las mujeres (27%) y de los hombres (21%) indicaron que en su hogar se había observado por lo menos una conducta de toma de decisiones centrada en el hombre. Las correlaciones entre las dos medidas de conductas fueron de 0.47 entre las mujeres y 0.38 entre los hombres—ligeramente más elevadas que aquellas correspondientes a las dos medidas de actitudes.

Asimismo, examinamos los aspectos de acuerdo entre los informes individuales sobre las actitudes en cuanto a la toma de decisiones y sus informes sobre sus conductas al respecto. En este análisis, codificamos a las mujeres y a los hombres como personas que tenían una actitud centrada en el hombre si creían que sólo el marido debería tomar una o ambas decisiones, y se los codificamos como

GRÁFICO 1. Porcentaje de mujeres y hombres que indicaron actitudes y conductas centradas en el hombre, según su experiencia y uso de la planificación familiar, Honduras, 2001



***Diferencia dentro del género en la experiencia con la planificación familiar y uso actual es significativa a $p < .001$.

†Entrevistados que nunca usaron un método moderno y que en ese momento no usaban ningún método tradicional.

‡Entrevistados que habían usado un método moderno en el pasado pero que actualmente no usaban ningún método.

personas que observaban una conducta que centraba las decisiones en el hombre si indicaban que en sus hogares sólo el marido tomaba las decisiones con respecto al tamaño de la familia o el uso de planificación familiar. El 61% de las mujeres y el 66% de los hombres indicaron que no debería ser solamente el hombre el que tomara la decisión sobre el tamaño de la familia o el uso de anticonceptivos, y que en su pareja el hombre no tomaba por su cuenta ninguna de esas decisiones (Cuadro 2). El 14% de las mujeres y el 18% de los hombres indicaron que sólo el esposo debería tomar por lo menos una de las dos decisiones, y que así se decidía en su propio hogar.

El 15% de las mujeres indicaron que el hombre solo no debería tomar las decisiones sobre el tamaño de la familia o uso anticonceptivo, pero que en su hogar él adoptaba por lo menos una de esas dos decisiones. Por otro lado, el 10% indicó que los esposos deberían tomar una o ambas decisiones pero que su propio cónyuge no había tomado ninguna. Entre los hombres, el 5% indicaron que los hombres no deberían tomar por sí solos este tipo de decisiones, aunque indicaron que ellos lo habían hecho en sus hogares; el 11% indicó que ellos deberían tomar una o ambas decisiones pero que en sus hogares no lo habían hecho en ninguno de los dos casos. De acuerdo con la prueba de Breslow-Day, las respuestas de los hombres con respecto a quién debería tomar las decisiones sobre el tamaño de la familia y quién finalmente decidió (correlación de 0.56) y quién debería tomar las decisiones sobre el uso anticonceptivo y quién realmente decidió al respecto (correlación de 0.44) indicaron un acuerdo significativamente superior que en el caso de las mujeres (correlación de 0.30 y 0.32, respectivamente).

El primer juego de los dos análisis multivariados de re-

gresión logística se realizó para identificar las características sociales y demográficas relacionadas con las actitudes con respecto a la toma de decisiones centrada en el hombre (Cuadro 3, página 4). Entre las mujeres se observó que aquellas que tenían una educación de primaria o menos, cuya religión era protestante, que tenían una condición socioeconómica baja o media, que no residían en ninguna de las dos ciudades más grandes del país o que vivían en una unión consensual eran más proclives que otras mujeres a mantener estas actitudes (razones de momios, 1.2–5.1). Otras variables que revelaron resultados significativos entre mujeres fueron su edad y el número de hijos vivos. Entre los hombres, aquellos con un nivel educativo de primaria o menos, que vivían en unión consensual o cuya pareja tenía menos educación que ellos, eran más proclives que otros hombres a observar una actitud centrada en el hombre (1.5–5.2).

El segundo juego de los análisis multivariados de regresión logística se llevó a cabo para identificar las variables relacionadas con vivir en un hogar donde las decisiones sobre cuestiones reproductivas estuvieran centradas en el hombre (Cuadro 4, página 5). Como en el análisis de las actitudes centradas en el hombre, las mujeres que no tenían más que una educación de primaria, que tenían una condición socioeconómica baja o media, o que no residían en ninguna de las dos ciudades más pobladas del país eran más proclives que otras mujeres a indicar que solamente sus esposos decidieron sobre el tamaño de la familia y el uso de anticonceptivos (razones de momios, 1.3–3.1). Sin embargo, los factores de edad, tipo de unión y número de hijos vivos no estuvieron relacionados con la variable de que su compañero solo tomaba estas decisiones.

Con respecto a los hombres, dos de las variables relacionadas con las actitudes centradas en el hombre también estuvieron relacionadas con la conducta centrada en el hombre: tener sólo una educación primaria o menos, o estar en una unión consensual estuvo relacionado con elevadas razones de momios de ser el único responsable de tomar decisiones sobre el número de hijos o el uso de anticonceptivos (razones de momios, 2.2–4.1). Además, los hombres de condición económica media presentaban razones de momios significativamente más elevadas de ser los únicos responsables de tomar decisiones sobre por lo menos una de estas dos cuestiones que los hombres que pertenecían a una condición socioeconómica elevada (1.7).

Toma de decisiones y uso de la planificación familiar

Como se indica en el Gráfico 1, el porcentaje de mujeres que indicó que el hombre por sí mismo debería decidir sobre el uso de la planificación familiar fue más elevado entre aquellas que nunca habían usado un método moderno (23%) y las que en ese momento recurriían a un método tradicional (19%) que entre aquellas que en ese momento o anteriormente eran usuarias de métodos modernos (11–14%). En forma similar, el porcentaje de mujeres que manifestaron que únicamente sus esposos adoptaban las decisiones sobre planificación familiar fue significativamente

más elevado entre aquellas que nunca habían usado un método moderno (25%) y las que actualmente usaban un método tradicional (28%) que entre aquellas que habían sido o eran en la actualidad usuarias de métodos modernos (15–19%). Entre los hombres, no se registraron diferencias significativas entre el uso de la planificación familiar y sus actitudes frente a la toma de decisiones centradas en el hombre o con sus decisiones al respecto en realidad.

DISCUSIÓN

En nuestra muestra, la cuarta parte de las mujeres y los hombres presentaron actitudes y conductas centradas en el hombre ante la toma de decisiones sobre el uso de la planificación familiar o el número de hijos. Los entrevistados restantes indicaron que esas decisiones eran compartidas o que dependían exclusivamente de la mujer. Si bien solamente el 13–14% de los hombres entrevistados indicaron que tenían el control exclusivo de la toma de decisiones, las mujeres indicaron que ese porcentaje era, en realidad, considerablemente más elevado. Una vez que se tomaron en cuenta las características sociales y demográficas, las mujeres y los hombres eran igualmente proclives a creer que el hombre debería tomar las decisiones sobre uno o ambos aspectos de la salud reproductiva de la pareja. Sin embargo, las mujeres eran significativamente más proclives que los hombres a indicar que en su hogar las decisiones estaban centradas en el hombre.

Las opiniones de cada entrevistado acerca de quién debería tomar las decisiones reproductivas no siempre fueron congruentes con sus respuestas acerca de quién realmente adoptaba esas decisiones en su hogar, y los patrones de incongruencia fueron diferentes entre las mujeres y los hombres. Por ejemplo, el porcentaje de entrevistados que indicaron que en su hogar el hombre tomaba las decisiones que no debía haberlo tomado, fue casi tres veces más elevado entre las mujeres que entre los hombres. Por otro lado, los porcentajes de hombres y mujeres que indicaron que el hombre del hogar no tomaba decisiones por las cuales él era responsable, fueron relativamente iguales. Tomando en cuenta que los datos de hombres y mujeres no estaban vinculados, es difícil determinar si los hombres tomaban esas decisiones porque ellos estaban desempeñando un papel dominante, o porque sus esposas les permitían hacerlo o que por alguna otra razón declinaban participar en el proceso de la toma de decisiones.

Este estudio identifica algunos factores que pueden afectar la equidad en el proceso de toma de decisiones en cuestiones de reproducción. Según los hallazgos, las mujeres que vivían en zonas menos urbanizadas, que no habían alcanzado el nivel educativo de enseñanza secundaria o que pertenecían a un estrato socioeconómico bajo o medio, tenían mayores probabilidades de considerar que solamente el hombre debería tomar las decisiones sobre cuestiones reproductivas y de vivir en un hogar en que únicamente el hombre adoptó esas decisiones.

Una posible explicación sobre la importancia de estos factores es que las mujeres que viven en zonas urbanas—

que tienden a tener un mejor nivel educativo y condición socioeconómica más elevada¹⁴—tienen un mayor acceso a la información y los servicios de planificación familiar. En Honduras, la mayoría de las mujeres tienen acceso a los servicios de planificación en un puesto de salud, una clínica de salud o en un hospital. Si bien las mujeres de las zonas rurales con frecuencia tienen fácil acceso únicamente a los puestos de salud—el menor nivel del sistema de salud del país—la atención que se presta en estos sitios es gratuita. No obstante, las clientas de dichos servicios “gratuitos” tienen que pagar los gastos de transporte y los costos de su estadía en los puestos de salud, y a veces deben permanecer mucho tiempo en espera de la atención necesaria. No se sabe con certeza si estos obstáculos para recibir los servicios afectan las actitudes de las mujeres de las zonas rurales con respecto a quién debe tomar en sus hogares las decisiones relacionadas con la salud reproductiva o su realidad en cuanto a quién realmente toma esas decisiones. Estas mujeres pueden tener estilos de vida tradicionales en los cuales generalmente el hombre todavía es el que toma las decisiones. A medida que cambien y se eleven los niveles de educación de las mujeres de las zonas rurales, es posible que también cambien sus actitudes con respecto a quién debe tomar las decisiones en sus hogares y que igualmente cambie su propia experiencia real en ese área.

Entre los hombres, la educación parece ser el factor más importante de todos. Los hombres que tienen niveles de educación más bajos tienen mayores probabilidades de apoyar y tomar decisiones centradas en el hombre.

Los análisis multivariados revelaron que la probabilidad de que la mujer apoyaba que las decisiones sean centradas en el hombre disminuyó a medida que aumenta su número de hijos vivos. Si bien tener más hijos está generalmente relacionado con mayor edad, las mujeres de 40–49 años eran más proclives que las de 30 y pocos años a tener actitudes que apoyan la idea de que la decisión debería estar centrada en el hombre. Esto puede señalar que hay diferencias generacionales que afectan las actitudes de las mujeres, de modo que las mujeres de más edad presentaron actitudes más conservadoras que las más jóvenes. Este resultado podría también indicar un cambio en el poder relativo que tiene la mujer a través de su vida: desde esta perspectiva, las mujeres sin hijos serían las que tendrían las actitudes más tradicionales, pero a medida que tienen más hijos y que, por lo tanto, asumen un mayor control sobre los recursos del hogar, sus actitudes pueden cambiar. Estas tendencias de cambio de actitudes también podrían reflejar una mayor capacidad y deseo por parte de la mujer de controlar su procreación a medida que tiene más hijos y una mayor exposición y acceso a los servicios de salud reproductiva. Sin embargo, ni la edad ni la paridad estuvieron relacionada con quién realmente toma las decisiones en materia reproductiva en los hogares. En consecuencia, las diferencias generacionales y las que corresponden a la etapa reproductiva en que se encuentra la mujer, parecen afectar sus actitudes sobre la toma de decisiones reproductivas, pero no afectan el proceso de toma de decisiones en sus hogares.

Entre las mujeres, vivir en una unión consensual estuvo relacionado con actitudes que apoyan que la toma de decisiones esté centrada en el hombre. Sin embargo, el tipo de unión no estuvo relacionado con quién en realidad toma las decisiones en su hogar. Otros estudios han revelado que las mujeres que viven en una unión consensual con frecuencia tienen menos poder de negociación con sus parejas que las mujeres que están casadas formalmente.¹⁵ Es posible que las mujeres en uniones consensuales tiendan a considerarse como personas que tienen menos influencia sobre las decisiones reproductivas que en realidad tienen.

Con respecto a los hombres, aquellos que se encontraban en una unión consensual apoyaban y practicaban la costumbre de que las decisiones estuvieran centradas en el hombre. No se sabe si estos hombres se percatan de que este tipo de unión puede fortalecer su poder para tomar decisiones sobre cuestiones de reproducción. Los estudios que se realicen en el futuro para obtener información más contextual sobre la dinámica de las relaciones de las mujeres en las uniones consensuales podrían ayudar a explicar cómo vivir en una unión consensual afecta sus actitudes frente a las decisiones y el proceso de la toma de decisiones. (Por ejemplo, sería importante saber si sus parejas son divorciados y no pueden contraer matrimonio religioso, si sus uniones consensuales están relacionadas con elevadas tasas de pobreza, y si una mayor independencia económica de la mujer puede influenciar en que éstas opten por una relación legalmente menos restrictiva). Estos estudios deberían obtener información pormenorizada sobre la situación de las relaciones de la pareja y el papel del tipo de unión sobre la dinámica de las relaciones de pareja. Por ejemplo, una investigación sobre los puntos de vista de la mujer sobre la posibilidad de que su pareja tenga relaciones sexuales con otras personas, podría explicar la falta de influencia de la mujer unida en la toma de decisiones porque una mujer unida puede temer ser abandonada por su pareja más que una mujer casada. Además, obtener información de los hombres y mujeres en uniones consensuales sobre sus intenciones de formalizar su estado civil podría revelar diferentes niveles de compromiso dentro de una unión consensual. Finalmente, las futuras encuestas deberían incluir medidas adicionales sobre qué tipo de decisiones requieren de la participación de los dos miembros de la pareja y la razón por la que un género podría dominar cierto tipo de decisiones.

En nuestro estudio, el uso de la planificación familiar estuvo relacionado con las actitudes y conductas ante la toma de decisiones entre las mujeres pero no entre los hombres. Este vínculo podría reflejar una mayor capacidad por parte de la mujer para afectar las decisiones sobre su salud reproductiva a medida que son madres y están expuestas a los servicios de salud reproductiva. Además, tomando en cuenta que las mujeres de mayor nivel educativo y que residen en zonas urbanas son las más proclives a practicar la anticoncepción, esta tendencia podría reflejar los factores demográficos relacionados con quién toma las decisiones en cuestiones reproductivas.

Limitaciones

Si bien se cree que numerosas circunstancias sociales e individuales influyen en las normas y conductas relacionadas con el género, los datos disponibles limitaron nuestro examen a los indicadores de clase social, educación y lugar de residencia para cada género. Para tener una idea más clara de los procesos de ejercicio del poder y de negociación de las parejas sexuales, es necesario examinar la influencia de cada miembro de la pareja con relación al otro con respecto a la toma de decisiones dentro y fuera de la unidad doméstica, y se debería tomar en cuenta la forma en que los contextos más amplios políticos, sociales y económicos dan forma al poder de los miembros de la pareja en la toma de decisiones.¹⁶

Las encuestas realizadas en 2001 utilizaron una sola medida para evaluar las actitudes y conductas de los entrevistados con respecto a la toma de decisiones sobre el tamaño de la familia y el uso de la planificación familiar. Este componente de los cuestionarios no pudo captar totalmente la dinámica compleja que subyace y acompaña estos procesos. Además, con estos datos no pudimos examinar la toma de decisiones de cada miembro de la misma pareja. Pocas veces participa solamente una persona en la toma de decisiones con respecto a las cuestiones reproductivas (aunque finalmente puedan prevalecer los deseos de una sola persona). En los estudios futuros debería incluirse información adicional de las parejas para que podamos conocer más a fondo las dinámicas de las relaciones con respecto a las conductas percibidas y las conductas realmente observadas. Finalmente, no pudimos establecer relaciones causales relacionadas con las variables debido al diseño transversal de las encuestas.

Conclusión

Desde 1996 hasta 2001, disminuyeron los porcentajes de hombres que indicaron que solamente los esposos deberían tomar las decisiones sobre el tamaño de la familia y el uso de la planificación familiar.¹⁷ Si bien más de la mitad de los hombres y mujeres que participaron en las encuestas de 2001 apoyaron la idea de que las decisiones deberían tomarse en forma conjunta, nuestro análisis indica que algunas mujeres hondureñas tienen menos control sobre su fecundidad de la que realmente desearían. De hecho, los datos obtenidos en la encuesta de 2001 revelan que un porcentaje más elevado de mujeres que de hombres indicó que tenían más hijos de los que desearían.¹⁸

Nuestros resultados ofrecen importante información sobre el proceso de toma de decisiones sobre cuestiones reproductivas en Honduras, información que pueda ser útil para el desarrollo de programas que centran la atención en la participación del hombre. Los resultados destacan la necesidad de que los emprendimientos del sector de salud pública reconozcan los desequilibrios de poder y promuevan la equidad de género, especialmente entre los grupos de mujeres y hombres que son más proclives a indicar que las decisiones deben estar centradas en el hombre (es decir, los residentes de las zonas rurales, aquellos

que viven en unión consensual y aquellos que tienen bajos niveles de educación). Decirles a las mujeres que deben hablar con sus cónyuges sobre las decisiones de cuestiones reproductivas probablemente no será beneficioso en los lugares donde prevalecen las normas de género que no alienan este tipo de comunicación. En consecuencia, los programas deben centrar la atención en los hombres directamente, con estrategias que los alienten a comunicarse con sus esposas y a encarar las cuestiones de reproducción. Estas estrategias podrían incluir el uso de trabajadores comunitarios que actúen en las fábricas y en otros lugares donde se congregan los hombres en las zonas rurales; las campañas en los medios de comunicación que exhiban un grupo de hombres intercambiando ideas sobre la utilidad de haber conversado con su pareja sobre decisiones de este tipo; y esfuerzos emprendidos en las escuelas para lograr que haya una relación más equilibrada entre varones y niñas desde temprana edad. Estos tipos de esfuerzos mejorarían la capacidad tanto de hombres como de mujeres para lograr sus metas reproductivas y, en combinación con otras fuerzas sociales en Honduras, se contribuirán a mejoras de salud más amplias relacionadas con la equidad de género.

REFERENCIAS

1. Population Council e Interagency Gender Working Group (IGWG), *Power in sexual relationships: an opening dialogue among reproductive health professionals*, Nueva York: Population Council, 2001.
2. Speizer IS, Are husbands a barrier to women's family planning use? The case of Morocco, *Social Biology*, 1999, 46(1-2):1-16; Bankole A y Singh S, Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):15-24; y Becker S, Measuring unmet need: wives, husbands or couples? *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(4):172-180.
3. Watkins S, Rutenberg N y Wilkinson D, Orderly theories, disorderly women, en: Jones GW et al., *The Continuing Demographic Transition*, Nueva York: Oxford University Press, 1997; y Bawah AA et al., Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54-66.
4. Blanc A, The effects of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3):189-213.
5. Speizer IS, 1999, op. cit. (ver referencia 2).
6. Population Council e IGWG, 2001, op. cit. (ver referencia 1).
7. Kishor S, *Autonomy and Egyptian Women: Findings from the 1988 Egypt Demographic and Health Survey*, DHS Occasional Papers, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1995, No. 2; Kishor S, Women's contraceptive use in Egypt: what do direct measures of empowerment tell us? Ponencia presentada en la reunión anual de la Population Association of America, Los Angeles, CA, EEUU, 23-25 de marzo, 2000; Kritz M, Makinwa-Adebusoye P y Gurak D, The role of gender context in shaping reproductive behavior in Nigeria, en: Presser HB y Sen G, eds., *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*, Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2000; y Mason K y Smith H, Husbands' versus wives' fertility goals and use of contraception: the influence of gender context in five Asian countries, *Demography*, 2000, 37(3):299-311.
8. Vigoya MV, Contemporary Latin American perspectives on masculinity, *Men and Masculinities*, 2001, 3(3):237-260.
9. Hirsch JA, *Courtship After Marriage: Sexuality and Love in Mexican Transnational Families*, Berkeley, CA, EEUU: University of California Press, 2003.
10. Banco Mundial, Challenges and opportunities for gender equity in Latin America and the Caribbean, 2003, <<http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/0/098CC1A5B56B2733985256CDF006DF094?OpenDocument>>, sitio visitado el 16 de septiembre, 2005; y Brea JA, Population dynamics in Latin America, *Population Bulletin*, 2003, 58(1):3-36.
11. Secretaría de Salud y Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA), *Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar-2001*, y *Encuesta Nacional de Salud Masculina, Informe Final*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2002.
12. Ibid.
13. Ibid.
14. Banco Mundial, 2003, op. cit. (ver referencia 10).
15. Parrado E y Tienda M, Women's roles and family formation in Venezuela: new forms of consensual union? *Social Biology*, 1997, 44(1):1-24; y Desai S, Children at risk: the role of family structure in Latin America and West Africa, *Population and Development Review*, 1992, 18(4):689-717.
16. Blanc A, 2001, op. cit. (ver referencia 4); y Argawal B, "Bargaining" and gender relations: within and beyond the household, *Feminist Economics*, 1997, 3(1):1-51.
17. Secretaría de Salud y ASHONPLAFA, 2002, op. cit. (ver referencia 11); y Secretaría de Salud y ASHONPLAFA, *Honduras: Encuesta Nacional de Salud Masculina, 1996, Informe Final*, Atlanta, GA, EEUU: CDC, 1998.
18. Secretaría de Salud y ASHONPLAFA, 2002, op. cit. (ver referencia 11).

Reconocimientos

Las autoras agradecen a Richard Monteith, Brenda Colley Gilbert, Paul Stupp, Donna McClish y Chris Johnson por sus valiosas contribuciones.

Para comunicarse con la autora: ilene_speizer@unc.edu