

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Artes Liberales

**El hombre: factor de riesgo o apoyo en la salud
reproductiva**

Ensayo académico

Camila Verónica Falconí Mera

Artes Liberales

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Ciencias Sociales

Quito, 16 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE ARTES LIBERALES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

El hombre: factor de riesgo o apoyo en la salud reproductiva

Camila Verónica Falconí Mera

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

William Waters, PhD

Firma del profesor

Quito, 16 de diciembre de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Camila Verónica Falconí Mera

Código:

102717

Cédula de Identidad:

1710236124

Lugar y fecha:

Quito, diciembre de 2016

RESUMEN

Existe una intensa discusión sobre masculinidades y temas de salud reproductiva. Paradójicamente a los hombres se le siguen calificando como un factor de riesgo y no como un apoyo, aunque se sepa la importancia de la involucración tanto de los hombres como de las mujeres. Esta importancia se ha discutido ya casi por 30 años, pero claramente se sigue reproduciendo un patrón en el cual los hombres continúan de ser invisibles, negando muchas veces que esto sea un tema de masculinidades. Eso trae consigo una desigualdad en temas de género y retrocesos en temas de salud reproductiva.

Este trabajo analiza puntos claves de la discusión usando un marco teórico en donde se trata de entender la necesidad de hacer visible a masculinidades. Se demuestra la importancia de empoderar tanto a hombres y mujeres. Al realizar esto se logra reducir barreras de desigualdad de género que están conllevando a muchos problemas en nuestra sociedad.

Palabras clave: salud sexual y reproductiva, masculinidades, poder, género, igualdad, equidad, tres retrasos

ABSTRACT

There is an intense discussion on masculinities and reproductive health issues. Paradoxically, men continue to qualify as a risk factor and not as support, even though the importance of the involvement of both men and women is known. This importance has been discussed for almost 30 years, but clearly a pattern is being reproduced in which men continue to be invisible, often denying that this is a subject of masculinities. This brings with it gender inequality and setbacks in reproductive health issues.

This work analyzes key points of the discussion, using a theoretical framework in which the need to make masculinities visible is tried to be understood. It demonstrates the importance to empower both men and women. In doing so it is possible to reduce barriers of gender inequality that are leading to many problems in our society.

Key words: sexual and reproductive health, masculinities, power, gender, equality, equity, three delays

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
Desarrollo del Tema.....	8
Conclusiones	26
Referencias bibliográficas	31

INTRODUCCIÓN

A los mediados de los 80s se da un reconocimiento sobre la importancia del involucramiento de los hombres en la salud reproductiva de las mujeres. La definición de salud reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

Paradójicamente desde ese reconocimiento en diferentes acuerdos como el de Cairo de 1994 en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (ICDP) no ha existido mucha evolución en estos temas y aunque se reconozca al hombre como un factor clave, no es visto de igual importancia que las mujeres en el momento. Esto es visible en los reportes que hay en estos temas. El problema no es la cantidad de trabajo de investigación que existe sobre esto, es el enfoque dado en mucho de estos, en donde el hombre es tomado y analizado como un factor de riesgo y poco como apoyo en estos temas.

La salud sexual y reproductiva ha sido tomado como un caso aislado entre hombres y mujeres, considerándose como algo para tratar separadamente, debido a esta denominación del hombre como factor de riesgo para la mujer. Aunque la definición de salud sexual y reproductiva involucra diferentes dimensiones, como género, cultura, y relaciones de género, embarca también la información que se tenga sobre esta, al igual que el acceso que hay a esta donde involucra temas como recursos, poder, autonomía, edad, etnicidad y geografía.

DESARROLLO DEL TEMA

Masculinidades

Sigue existiendo en temas de género una tendencia donde se le ve al tema de masculinidades como un factor problemático. En este contexto se considera a la mujer solo como víctima y al hombre como portador de poder absoluto y una naturalización heterosexual. Sigue siendo el género como algo de mujeres y de mujeres feministas (Andrade, 2001). “Masculinidades no significa estudiar solamente a los hombres, sino la posicionalidad que estos asumen en un sistema de género dominante, el heterosexual, que, sin embargo, requiere para su reproducción una constante afirmación de las fronteras establecidas con mujeres y con sexualidades disidentes” (Andrade, 2011). Los derechos sexuales y reproductivos tienen una relevancia fundamental para la equidad de género. Partiendo del concepto de género como señala Herrera y Rodríguez (2011) como una categoría relacional que alude a la forma como hombres y mujeres construyen y se relacionan social y culturalmente a partir de sus diferencias biológicas.

En el marco de trabajo se analiza las masculinidades hegemónicas para entender el acercamiento que ha habido desde esferas públicas y privadas. Carrigan, Connell y Lee (1985) le definen como “la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres”. Bermúdez (2013) explica, que no se trata de roles, si no de un modelo de masculinidad ideal que no necesariamente corresponde al de la mayoría de los hombres. A esto Connell (2005) señala que hegemonía no significa dominio cultural total, ni eliminación

de alternativas. Significa el poder alcanzado dentro de un equilibrio de fuerzas, es decir, un estado de situación.

Al entender la palabra hegemonía y su contexto es interesante analizar el discurso que si se protege al hombre tuviera consecuencias negativas para la mujer. Esto se puede entender por la frágil línea que existe entre empoderar y desempoderar a otros. Existe una dicotomía sobre esto, resultando en una diferencia en como se ve salud para el hombre o mujer, y una clara incomodidad en el momento de trabajar con masculinidades. Se vuelve mas difícil la idea de poder construir estas masculinidades sin antes haberles des-construido para después poder construirles de nuevo. Masculinidades abarca un paraguas de definiciones, en lo cual solo categorizarle como un significado de la mano de imaginarios o de una construcción social hegemónica, es invisibilizar todas sus posibilidades.

Se puede debatir sobre las ventajas sobre tener una hegemonidad, pero es importante también ver la desventaja, por ejemplo en asunto de salud reproductiva, que ha tenido un costo sobre su salud y derechos. Cabe solo ver la cantidad de artículos escritos sobre salud reproductiva en la mujer aislandose de una salud reproductiva en los hombres, algo alarmante para ambos si vemos indices de enfermedades o muertes donde es más alta en hombres, por ejemplo SIDA. Eso es esto algo que se tiene que tomar en consideración al tratar temas de salud reproductiva, ya que no puede quedar sin vinculación en temas de estudio de género.

Existe una dificultad en como asumir la salud reproductiva y derechos sexuales desde masculinidades. Aunque en los derechos sexuales se habla de pareja, lograr analizar desde

una simbiosis resulta todavía utópico: “Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.” (UNFPA, 2017).

En estudios de género existe todavía una dicotomía al tratar los temas considerados de mujeres ya que no se considera estos temas también de hombres. Por ejemplo, hay la creencia que si se empieza a tomar cuidado en la salud reproductiva y los derechos de los hombres, brindando un espacio de salud pública para ellos para planificación, tratamiento de enfermedades y apoyo psicológico, se asume que esto no tuviera un impacto favorable en la salud de la mujer (Schuttter, 2000). Esta visión es alarmante. Si se analiza los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2013), las causas de muerte por SIDA es definitivamente mayor en hombres (559 muertes) que en mujeres (203 muertes). Son estos índices que hacen que se considere los hombres un factor de riesgo.

El factor de riesgo es producto de un círculo perverso con varios matices que involucran poder, violencia y deslegitimación entre muchas otras cosas. También la negación de una realidad. Como factor de riesgo se puede definir en este marco de trabajo como “de un enfoque crítico hacia los varones que muestre el daño hacia la mujer (y a niñas y niños), que se recupere el daño entre hombres y enfatice los costos hacia el hombre mismo, todo con el fin de replantear la masculinidad y las relaciones con hombres y mujeres hacia relaciones más igualitarias y placenteras” (Keijzer, 1997)

Al saber el círculo de vinculación, pero si no se trata de un problema de salud pública de ambos géneros y un espacio de negociación en vez de ser tratado como factor de riesgo, es difícil de bajar un índice tan alto. “El SIDA es una problemática que ha puesto en evidencia mucho de lo que pasa dentro del campo de lo sexual y las enormes limitaciones que muchas mujeres tienen para negociar el espacio sexual. Ha sacado a flote las relaciones de poder en el campo de lo sexual” (Keijzer, 1997).

Al hombre se le ve tradicionalmente como un cuerpo que solo cumple funciones biológicas, culpable de violencias, siempre informado, el único que toma decisiones en caso de fertilidad, entre otras generalidades. Si bien existe un número muy alto de violencia contra la mujer - por ejemplo en Ecuador 7 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de abuso y 1 de cada 4 ha sufrido un abuso sexual (INEC, 2013) - no se puede caer en la generalización que todo el problema es de los hombres, sin hacer conexión con el sistema patriarcal, temas como raza y etnicidad o educación que enfatiza esos problemas. En un trabajo de Greene & Biddlecom (2000) se llegó a la conclusión que los hombres pueden estar igual o menos informados de métodos anticonceptivos. La legitimación de la pareja es algo de género, el poder reproductivo varía depende del curso de la pareja.

La teoría en estos temas, persiste en ver problemas de salud pública causados por hombres y por entender la necesidad de emparejar a la mujer, acercando más la equidad y alejándose de la igualdad. Mientras más se alejan a los hombres, igual pasa con las metas. Podemos ver esto en el caso de Ecuador con el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNFPA, 2014) donde se habla de una igualdad de género avanzada, donde se busca empoderar solo a las mujeres y a las niñas en sus derechos reproductivos. Una vez más

vemos que al invisibilizar, la meta de igualdad de género se vuelve mas utópica.

“Equality emphasizes egalitarian reproductive health outcomes for all men and women, achieved ideally through equal or complementary services. Conversely, equity refers to an approach that emphasizes justice in reproductive health outcomes, achieved through services provided within the context of existing and recognized differences in reproductive physiology as well as inequalities in economic and social resources. Thus the achievement of equity could in many contexts require privileging the reproductive right of women over those of men” (Dudgeon & Inhorn, 2004).

En el marco de este trabajo es importante abarcar antes que nada la definición de poder en perspectiva de género y masculinidades. Para este trabajo es utilizado para una mejor explicación y teorización la definición de poder sobre el cuerpo o “economía política” del cuerpo según Foucault (1975), algo muy pertinente en el tema a tratar. “El cuerpo está también directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él de una manera inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos” El cuerpo está enlazado con poder, dominación y fuerza de producción. El poder está en todas partes, en toda relación humana, todos estamos a su vez traspasados por relaciones de poder, aquí se van construyendo verdades que van ir incorporadas en la sociedad. Foucault (1975) menciona en esto que para analizar las relaciones de poder es necesario conocer los saberes que se han construido como hegemónicos en un momento histórico determinado, en la lucha de fuerzas del proceso de la procedencia de un saber, donde en la relación de poder unos serán sometidos y otros serán dominados. Se puede ver al cuerpo convertido en un

instrumento importante para la disciplina, ya que el cuerpo es dócil y puede ser moldeado, sometido, utilizado, transformado y perfeccionado, para poder obtener lo que se desea de él. “Hay que admitir en suma que este poder se ejerce mas que se posee, que no es el “privilegio” adquirido o conservado de la clase dominante, sino el efecto de conjunto de sus posiciones estratégicas, efecto que manifiesta y a veces acopla las posiciones estratégicas, efecto que manifiesta y a veces acompaña la posición de aquellos que son dominados” (Foucault, 1975).

Es un poder continuo que se basa en el hacer vivir o dejar morir, este tema se puede mencionar sobre la sexualidad y el cuerpo, en la cual la sexualidad depende de las pautas de regulación, morbilidad, natalidad y la disciplina a que debe ser sometida el cuerpo para que sea dócil (Piedra-Guillem, 2004). Poder y sexualidad es un tema que se ha manejado mucho en la academia relacionado con salud sexual y reproductora, en lo cual basado en imaginarios de género, “por imaginario de género entendemos el producto y la producción de las actividades conversaciones espontáneas y cotidianas de la gente mediante las cuales logran el entendimiento mutuo” (Muños, 2004). En estos imaginarios, se pone a la mujer en ámbito privado, responsable, entre otras cosas que derivan a que son las mas aptas para el cuidado del hogar y de sus hijos, por estas razones también como la más importante en los temas prenatales. Justo en esto es el enfoque de poder en el cual, aunque la mujer sexualmente ha sido oprimida, en términos de reproducción y discurso social ha sido el hombre el marginado y visto como un factor de culpabilidad, en vez de un factor de apoyo.

“Se deriva de esta perspectiva del género y poder, que aunque toda relación entre los géneros así como otras relaciones sociales están medidas por relaciones de poder, no

implica que las mismas no puedan ser modificadas, de hecho las relaciones de poder y género y sociales han ido cambiando en el transcurso de la historia y ello se debe a los procesos de la transformación que se produce en cada sociedad, mediadas en parte, por las acciones y el ejercicio de nuevas practicas que las personas realizan en cada contexto social particular” (Piedra-Guillem, 2004).

La segregación puede llegar a un nivel tan claro que hasta la palabra hombre es eliminado de estudios, trabajos, folletos informativos, acceso universal a la salud reproductiva, progresos y datos. Por ejemplo, la UNFPA solo menciona a los hombres en el sentido que las adolescentes se casan con hombres generalmente mayores y no tienen el poder de negociar anticonceptivos. No busco deslegitimar esto; la pregunta es que como se puede hablar de un progreso, si el hombre no esta tomado en cuenta en accesibilidad reproductiva. Si el hombre es el que maneja el poder, debería absolutamente estar tomado en cuenta y estar informado, ya que si no este es el que esta siendo marginalizado y al pasar esto es algo muy peligroso, ya que se queda un vacío en la educación y la información. A no tomar en cuenta al que tiene el poder, no se puede llegar a formar una planificación y salud sexual y reproductiva que proteja a las mujeres, ni hablar de derechos.

Marginalizacion de las masculinidades

En 1994 la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (ICPD) marco historia en Cairo, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos, formando una normativa internacional de los derechos humanos y mencionando el crucial rol de los hombres “El objetivo es promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria, y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su

comportamiento sexual y reproductivo y asuman su función social y familiar” (ICDP, 1994). También se tomo la lucha contra desigualdad para las mujeres, se declara un derecho a la plena salud sexual y reproductiva para mujeres. Esto dio el camino a que los países se pongan metas para el cumplimiento de estos derechos. Este tipo de meta se alcanza bajo la guía de las Naciones Unidas, por ejemplo en Ecuador la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades) hace seguimiento al gobierno si se cumplen esto, en el Plan del Buen Vivir. La meta en salud reproductiva para la mujer es clave para toda la esfera social. Cabe recalcar que es una meta que queda abierto como es la involucraron del hombre para que mejore este tema.

En la ICPD, se tomo como uno de los pilares claves los derechos sexuales y reproductores, en lo cual se recalca que los derechos de la salud en torno a los derechos sexuales y reproductivos involucra tanto las vidas de las mujeres como de los hombres, en donde como individuo o como pareja tienes el derecho de tener control y decidir libremente y responsablemente la importancia relacionada con tu reproducción sexual, todo esto libre de violencia y coerción. Menciona también la importancia de un sistema de salud reproductora y sexual como esencial para todo el mundo en particular a mujeres y niñas, para contribuir crecimiento y enriquecimiento en la sociedad en innovación y desarrollo sustentable. Si seguimos haciendo énfasis solo en niñas y mujeres, no podemos conseguir igualdad en temas de reproducción, es necesario accesos a sistemas de salud reproductora para tanto hombres y mujeres. Existe un discurso naturalizado en el cual el hombre no tiene la misma importancia.

La marginalizacion del hombre es marginalizacion hacia la mujer, ya que cuando se

empodera a los dos es donde mejores resultados hay. Es importante cambiar la visión de factor de riesgo a un apoyo. Esto ha sido comprobado en estudios de Nepal y Uganda (Kabakyenga, 2012). Los resultados de este estudio mostraron que, al empoderar a hombres y mujeres, había más visitas a cuidados prenatales. Esto es importante ya que asistencia en parto (en inglés *assitance by skilled birth attendats (SBSs)*) es una de las estrategias para reducir mortalidad en países con economías bajas y prevenir los tres retrasos (tres demoras: demora en decisión sobre los cuidados, demora en buscar cuidados específicos, demora en recibir un adecuado cuidado de salud). En el mismo estudio se pudo comprobar esto en países como Malysia y Sri Lanka.

Desde el 2008 el gobierno de Uganda (Kabakyenga, 2012) utilizo la estrategia de empoderar a las comunidades para que exista continuidad entre los hogares y servicios que prestan cuidados de salud, ya que se veía esto directamente afectado con el proceso de decisiones y preparaciones para dar a luz y esto daba como resultado una mortalidad alta de las madres. En este estudio se vio la importancia de este factor para tener un buen resultado en término de salud reproductiva “*Birth preparedness, which comprises identification of skilled birth attendat, health facility, saving money, identifying tranport and making other preparations for childbirth is aimed at increasing assistance by SBSs and also reducing delay in reaching place of care.*” (Kabakyenga, 2012)

Educación

En Ecuador existe una dicotomía cultural, dependiendo de la etnia y economía, sobre utilizar o no los servicios de control prenatal. En Ecuador solo el 33.2% de nacidos vivos de madres indígenas recibió su primer control durante el primer semestre. De igual forma es el

grupo étnico con menos acceso a educación (17.4% no ha recibido educación), llegando a casi un 17.8% de analfabetismo. (ESANUT, 2014). Si vemos el caso del estudio anterior en Uganda, se pudiera buscar empoderar a este grupo con estrategias con hombres y mujeres para acudir a su primer control utilizando mecanismos que culturalmente sean accesibles, pero también entendiendo el enorme reto e importancia de la educación en salud reproductiva.

“La decisión de usar anticonceptivos esta determinada principalmente por el conocimiento que se tenga de ellos y por su accesibilidad” (OMS, 2012). En la encuesta de Salud Reproductiva (ENSANUT, 2015) el nivel de conocimiento de anticonceptivos es mas alta en áreas urbanas del país. Las mujeres indígenas sabían menos sobre anticonceptivos “un 87,3% comparado con el 98.8% de otras etnias y utilizan menos de igual forma” (ENSANUT, 2015). Es interesante ver la conexión que existe entre educación y metodos anticonceptivos, ya que las mujeres con educación utilizan con un 30% mas anticonceptivos comparado con mujeres sin educacion (17%). En los últimos 8 años hubo un incremento de métodos anticonceptivos, pero si analizamos las cifras existen mas indices de mujeres que acceden a la educación. Con esto existe una fuerte vinculación entre nivel de intruccion, economía, etnicidad y edad, con la toma de decisiones.

En Ecuador podemos ver un numero mayor de niños en hogares rurales e indígenas. También se puede observar que los porcentajes de uso de al menos un anticonceptivo moderno son menores en la población indígena. “En este contexto, la OMS categoriza los métodos anticonceptivos de planificación familiar en métodos modernos y tradicionales. Modernos incluyen vasectomía, esterilización femenina, el implante, inyección

anticonceptiva, condón femenino y masculino, píldora anticonceptiva de emergencia, dispositivos intrauterinos, métodos vaginales y métodos aménorea de lactancia materna. Métodos anticonceptivos tradicionales, incluyen retiro, el ritmo o el calendario y los métodos que vigilan el moco cervical” (OMS, 2013)

Al ser la maternidad considerado algo de la mujer y algo descluyente para el hombre, los círculos de cuidado recaen sobre la mujer. Pero al estar en un círculo complejo de poder y falta de autonomía en decisiones e ingresos se limita su espacio geográfico, ya que salir de su comunidad para buscar asistencia puede resultar algo complicado. Esto se comprueba con datos de ENSANUT (2014) donde los factores principales para no buscar asistencia eran vivir muy lejos (35%) y no dejarles a sus hijos en casa (23%). Ingresos y etnicidad están ligados a poder delegar y/o compartir la cadena de cuidado.

El Instituto Nacional de Endocrinología de Cuba realizó en el 2006 un trabajo sobre salud sexual y reproductivo desde el punto de vista del hombre. Es importante analizar este estudio de caso ya que se puede tomar como un ejemplo para poder analizar más de fondo esto. Se utilizó métodos cualitativos y cuantitativos, con grupos focales entrevistados de hombres de 20 a 29 años, en total 842. Este estudio muestra que los hombres que tienen más alto nivel educacional y más alto estatus socioeconómico, hombres que viven en familias con relaciones intra familiares con mayor igualdad en las decisiones y mando, y hombres residentes en hogares donde no se da la desigualdad de género, tienen enfoques más igualitarios. Aquí claramente se le ve al género como un determinante de inequidad.

Existen todavía muchos mitos sobre los hombres y la sexualidad que fomentan la

exclusión hacia los hombres en los derechos de salud y reproducción. Gutmann (2003) habla sobre los errores y mentiras que hay sobre esto: la salud reproductiva solo le importa a mujeres en general y/o a mujeres y hombres con sida, reproducción masculina es igual a sexualidad masculina, los hombres no se responsabilizan de métodos anticonceptivos, el impulso masculino es dado natural. Gutmann (2003) dice que por esto los hombres en términos de derechos sexuales son considerados como el segundo sexo. Si el sexo es algo biológico y tu género es algo cultural, muchos de los mitos son formados culturalmente, y como la cultura, no son estáticos, es posible cambiarlos. Esto es clave para procesos de educación y proyectos de vinculación a los hombres.

Los casos en donde se toma en cuenta a los hombres, se puede ver casos exitosos. Por ejemplo, en el caso de Maternity Worldwide de Ethiopia, en Wollega (Kahn, 2009), la mayoría de mujeres estaba dando a luz en su casa con alta tasa de mortalidad. Aunque ya estaban haciendo trabajo en una escala pequeña en temas de salud materna, en el 2005 se empezó con una escala mas grande, trabajando con líderes de la comunidad y con hospitales utilizando el modelo de los tres delays. Se genero actividades en donde las mujeres pudieran generar proyectos, programas de educación tanto para mujeres, hombres y niños entre otros. Se pudo ver el incremento del uso de hospitales de un 51% en 3 años de trabajo, de 859 a 1297 mujeres que usaron hospitales (Khan, 2009).

Sternberg and Hubley (2004) encontraron otros 24 intervenciones exitosas en el cual se les tomaba en cuenta a los hombres. A continuación alguno de los reportes. 100% programa condón en Tailandia, que educaba a jóvenes conscriptos sobre el uso de condones. En el estudio encontraron que enfermedades de transmisión sexual y HIV

declinaron dramáticamente entre los años 1991-1995. Un estudio realizado por dos años con camioneros de Tanzania sobre el uso de condón demostró que el uso subió del 56% al 74%. Un estudio realizado por dos años con hombres senegaleses con trabajadores de transportes, encontraron el crecimiento de información sobre temas de HIV y el uso de condones. Se siguió a trabajadoras sexuales y ellas decían que después de esta intervención una mayor cantidad de hombres querían usar condones y ya no pagaban para que no se pongan. En Kenia se hizo una intervención con hombres que trabajaban en una compañía de camiones y esto dio como resultado el declive en sexo fuera del matrimonio y el uso de trabajadoras sexuales. Aparte un incremento en el uso de condones.

Reportes en diferentes continentes demostraron que los hombres querían estar más involucrados en temas de planificación familiar. Programas en donde los hombres eran mostrados como responsables tenían mucho más éxito con los hombres a comparación a programas donde eran tomados como factores excluyentes. En Colombia tuvieron éxito clínicas de planificación sexual, debido a la política de brindar a los hombres charlas y lugares donde se podían expresar sobre sus problemas y dudas. Aparte en estas clínicas, la pareja podía buscar ayuda juntos. En Pakistán se llevó a cabo 6 estudios donde se encontró que los proyectos tuvieron éxito debido a la combinación de involucrar la prensa y líderes políticos y religiosos para promover temas como estatus de la mujer y planificación familiar. El plan campesino sobre planificación familiar en Honduras tuvo éxito solo dando información en panfletos a los campesinos

Fue exitoso el involucramiento de líderes religiosos Musulmanes en Gambia y Bangladesh, en temas de salud reproductora, dando charlas de como la planificación familiar tiene conexiones con el Islam. En Zimbabwe el uso de medios de comunicación masivas sobre el

uso de condones ayudó a que los hombres que estaban expuestos a esto, usaran más condones que los hombres que no estaban expuestos.

Proceso de tomas de decisiones

Como toma la familia o la pareja la decisión sobre aspectos de salud reproductiva es un punto clave para entender los roles de poder, género e iniquidades y también para entender la organización social que se conforma en el embarazo. No hay duda que para que la relación sea mas igualitaria y placentera se necesita que ambos tienen las mismas oportunidades para la toma de decisiones. Lamentablemente el hombre sigue teniendo más poder en esta toma de decisiones y por ende es en mucha literatura considerado como un obstáculo en toma de decisiones de la visión de las mujeres.

Es importante entender la perspectiva de las relaciones de género. Analizar solo desde una sola posición la información queda incompleta. En esto va el concepto de patriarcado, en el cual al entenderle en el paraguas de salud puede tener una complicación mayor al hablar de quien tiene el poder, en puestos relacionados con salud y leyes. Pero también en niveles micro como pueden ser relaciones de pareja y las tomas de las decisiones.

Alda Facio (2005), describe patriarcado como “un sistema que justifica la dominación sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres. Tiene su origen histórico en la familia, cuya jefatura ejerce el padre y proyecta a todo el orden social. Existen también un conjunto de instituciones de la sociedad política y civil que articulan para mantener y reforzar el consenso expresado en un orden social, económico, cultural, religioso y político, que determina que las mujeres como categoría social siempre estarán

subordinadas a los hombres, aunque pueda ser que una o varias mujeres tengan poder, hasta mucho poder, o que todas las mujeres ejerzan cierto tipo de poder como lo es el poder que ejercen las madres con los hijos y las hijas”

Para hablar sobre toma de decisiones en las relaciones sexuales, es importante hablar sobre el comportamiento reproductivo de los hombres como factor clave para reconocer y así poder entender el punto de vista de los hombres, y para poder disminuir el factor de riesgo para ambos sexos. Existe una relación dominante que ejercen los hombres en la toma de decisiones relacionadas con la reproducción, por ende el estudio de los hombres es también el estudio de las mujeres en estos casos. Aunque esto es un tema actual todavía, en muchos trabajos no es considerado abordar lo que los hombres sienten y piensan, y paradójicamente se encuentra mas trabajos en donde se le pregunta a la mujer sobre que piensa y siente el hombre.

Existen todavía preguntas sobre como incluir al hombre en la toma de decisiones sobre salud reproductiva, y a que nivel se le debería involucrar. Como incluir a los hombres en si, puede resultar difícil de abordar, por ejemplo hablando de cuerpos. El feto se concibe en el cuerpo de la mujer; entonces quien puede tomar la decisión, es algo complejo de analizar. En la practica el poder de quien toma la decisión, desde la planificación, es importante para entender como es la situación de la salud reproductiva. Se puede dar como definición de planificación como “una herramienta que otorga a las mujeres y parejas la capacidad para decidir si quieren o no tener un hijo o hija” (ENSANUT, 2015).

En Perú en encuestas realizadas (ENDES, 2000), la tasa global de fecundidad en el área

rural era de 4,3 pero se deseaba 2,5. En encuestas realizadas en el 2004 solo el 33% de mujeres rurales en unión usaba método de anticonceptivos modernos. Mientras en la encuesta se pudo ver que a los hombres no les gustaba que sus mujeres busquen métodos de planificación familiar, por desconfianza. Un buen número de hombres sigue pensando que la anticoncepción es responsabilidad de las mujeres.

Existen otros factores que no se toma en cuenta en el tema de influencia en toma de decisiones, por ejemplo, el rol de los cuidados de la madre y del bebé, durante y después del parto, algo en que la pareja cumple un rol clave. En muchas culturas este rol es delegado, sobre todo en lugares rurales, donde parteras cumplen el rol de cuidado aparte del rol profesional. La mayoría de muertes en el proceso de parto ocurre dentro de las 48 horas. Por eso la involucración de obstetras en emergencia ha sido clave según varios estudios, pero no hay como olvidar la importancia que tiene el padre de igual forma. En marcos de trabajo como los tres retrasos podemos ver claramente que los hombres influyen en todo esto. En esto se puede analizar leyes de maternidad y cuanto tiempo de licencia de maternidad hay. Con poca licencia de maternidad, es difícil que los padres se integren al cuidado del bebé. En estos casos el mismo sistema hace que el hombre sea desplazado y olvidado.

Los hombres tienen mucha decisión en en las tres demoras debido algunos factores como el sistema patriarcal donde se preserva los clásicos roles de género. La involucración sobre quien decide mas, pudiera estar basado en poder y sobre concepciones de lo que se considera culturalmente apropiado “Specifically, women’s independence and autonomy, with respect to health related decision-making, may be restricted in a society where women

are embeded in social relationships and have strong cultural and structural ties to men” (Story-Burgard, 2012). Como antes mencionado el poder no es estático, quien toma la decisión, mujer, hombre u otra persona puede depender de la situación, de la edad, de la zona donde vive, de raza-etnicidad, todas estas circunstancias que hace que se toma una decisión. En Ecuador la toma de decisiones según ENSANUT (2015) en temas de salud reproductiva, el 33.8% de las mujeres toma la decisión en pareja, 24.8% toma la decisión sola, el 12.2% es decisión del esposo y el 10.7% solo de la madre.

Entender la importancia de la autonomía en las decisiones, no excluyendo la importancia de la negociación, puede llegar a ser confuso. La toma de decisiones en conjunto sobre salud reproductiva, muchas veces esta ligado a un control y dominancia del hombre sobre la mujer y por ende al problema de falta de toma de decisiones de las mujeres y su propio empoderamiento dentro de el grupo social. Esto vemos en los indices de dependencia en toma de decisiones en buscar profesionales en salud reproductiva.

El proceso de toma de decisiones es un tema de negociaciones entre al pareja y clave en el estudio de salud sexual y reproductiva. En un estudio de Bangladesh (Story-Burgard, 2012) se muestra el fuerte involucramiento de los hombres en una cultura donde domina el poder de estas decisiones en los hombres. El hombre decide sobre todo cuando se requiere que la mujer salga de su casa. Se puede ver la poca movilidad, la educación limitada en este país en esos momentos, esto fuertemente ligado a que existe una fuerte separación entre géneros. Ademas mujeres generalmente necesitan permiso de los hombres para buscar cuidados. Se puede ver con este caso nuevamente que entre menos educación e ingreso, los hombres tienen más poder sobre temas de decisiones en el hogar. Aparte de la influencia

que tiene la cultura, la clase social, raza y etnicidad en toma de decisiones y las barreras que esto pueda causar.

En Honduras un estudio de Speizer, Whittle y Carter (2005) sobre las relaciones de género y la toma de decisiones sobre reproducción llegó a algo similar al estudio de Story-Burgard (2012). Mujeres que vivían en zonas menos urbanizadas, que no habían acabado la secundaria, y que venían de un estrato socio económico bajo, consideraban que los hombres deberían ser los que tomaban las decisiones sobre cuestiones reproductivas, y lo mismo pensaban los hombres. Lo interesante de este estudio es que a medida que aumentaba el número de hijos vivos, empezaban y anhelaban tomar decisiones sobre salud sexual y planificación diferente. Las mujeres querían tener más autonomía, pero mientras aumentaba la edad volvía la dependencia hacia los hombres. Es interesante como los hijos están ligados a control de recursos.

En el mismo estudio mujeres que estaban casadas tenían más poder de decisiones que las mujeres que no estaban casadas. Esto se puede analizar por el factor de vulnerabilidad pero en esto no es el enfoque sino el resultado del estudio. Se puede concluir que hay diferencias generacionales que afectan las actitudes de las mujeres y que no es estático. “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” (Speizer, Whittle, Carter, 2005)

La toma de decisiones puede ir desde planificación hasta el lugar donde el bebé va a

nacer. “Studies have indicated that in some sub-Saharan countries men generally are decision makers regarding the location at which their spouse should give birth, whereas in South East Asia it is mostly mother in law who determine the location of birth” (Kabakyenga, 2012). Se puede ver como el poder no es estático una vez más y que aspectos culturales juegan un rol clave “Como bien se sabe, la salud reproductiva es polisémica, pues se refiere a una multiplicidad de esferas de la vida del ser humano” (Rodríguez-H.O, 2002).

CONCLUSIONES

Es interesante analizar con un enfoque de masculinidades lo que ha pasado en los últimos 30 años en el marco de salud reproductiva y derechos sexuales. Creo que nadie puede negar que los hombres son clave para poder lograr una igualdad de género. Pero siguen siendo invisibilizados de la importancia que tienen. En estudios sobre estos temas, los hombres siguen siendo tomados como un factor de riesgo, cuando se los debería tomar como factor de apoyo. Con esto no se trata de negar un problema que existe en falta de igualdad, pero a veces por llegar a esta igualdad se busca empoderar solo a un género. Con esta investigación se pudo llegar a entender que solo empoderar a un grupo afecta directamente a la igualdad. La necesidad que existe empoderar a las mujeres y niñas que plantean por ejemplo diferentes organismos de las Naciones Unidas, es debido a la falta de oportunidades que estas sufren y a la alta violencia a la que siguen expuestas.

La falta de igualdad de género es un hecho, pero no se va a lograr eliminar brechas, si se sigue con la mentalidad de poner a uno en ventaja sobre otro. Sobre que podemos ver en temas de salud reproductiva, cuando no se considera como factor clave a las masculinidades, no existen cambios positivos. Se entiende que, empoderando a un género desfavorecido en la sociedad, se quiere lograr una igualdad, pero es clave entender que si no se logra en conjunto,

solo se sigue en un círculo de desigualdades que ha logrado un sistema patriarcal. Es interesante para la continuación de este estudio u otros estudios, replantearse el tema de empoderamiento. Para lograr un cambio es importante entender el poder en relación con el género, el sistema cultural en el cual se quiere trabajar, entender los antecedentes para entender por qué pasa.

Existe mucha información sobre estos temas, pero no en donde se tome en cuenta a los hombres como factor de apoyo, y que se entienda como igual de importante en temas como planificación familiar y salud prenatal. Existen muchos imaginarios de género donde los hombres se le siguen considerando bien informados y con poder estático. En esta investigación se pudo ver que el poder no es estático, y que en tomas de decisiones influyen más factores como el tema de raza y etnicidad, ingresos, y el lugar donde se vive. La cultura por ende no es estática. El tema cultural influye y es importante en el tema de masculinidades. Por ejemplo en el momento del parto, las parteras o las madres de las mujeres pueden influir más que el hombre. El sistema de cuidado muchas veces es delegado a otras mujeres. Esto tiene una relación directa con las '3 delays'.

No cabe duda en que los hombres son sujeto clave de influencia, pero es importante dejar de pensar que es solo negativo. Es más importante analizar qué impacto tienen, para poder manejar mejores planes para igualdad de género, partiendo con ellos mismo, con respeto y escuchando a ambos actores. "Men are important actors who influence, both positively and negatively, both directly and indirectly, the reproductive health outcomes of women and children, challenge to reproductive health framework is how to characterize men's possible influences and to assess their impact on women's and children's health" (Dudgeon & Inhorn, 2004).

En estudios en donde sí se ha tomado en cuenta la importancia de los hombres como grupo focal, se puede ver el claro éxito. Esto se debería tomar en cuenta para siguientes estudios. No es posible trabajar temas que involucran a hombres y mujeres excluyendo a uno. La articulación de las relaciones de género es clave y el trabajo de campo sirve para poder eliminar imaginarios de género que siguen perpetuando en temas sociales. Es importante trabajar más a fondo el tema de masculinidades, ya que con la falta de trabajos de masculinidades en general y lamentablemente peor aún en enfoque de salud, vemos que faltan muchos datos y que quedan muchas preguntas todavía por responder.

Se puede notar que el campo de estudio en este tema está abierto para muchas investigaciones a futuro. Como se logra el acercamiento con los hombres es algo clave, ya que existen casos de proyectos que no funcionaron a no manejar adecuadamente esto, debido a que los hombres no se sentían tomados en cuenta. “Male involvement in decision-making increases the likelihood of women having attendance by SBAs at birth. Higher education, high household income strengthened the relationship between decision maker and assistance by SBAs at birth “(Kabakyenga, 2012).

La planificación familiar involucra a ambos sexos y es importante que políticas públicas se replanteen a base de esto. Las leyes deberían tomar en cuenta los trabajos que existen sobre esto para también poder lograr investigaciones en conjunto con el estado sobre estos temas, ya que no se puede seguir normalizando discursos excluyentes que promueven la desigualdad. Es importante una buena planificación del estado para los derechos sexuales y reproductivos.

La educación fue algo central en los datos de la investigación: entre menos educación más brecha en autonomía de decisión para las mujeres. En Ecuador se suman temas como etnicidad, dando como resultado que mujeres indígenas resultan las más afectadas. Una recomendación para esto es que, si bien es claro la importancia de una educación incluyente y respetuosa para todos, es un llamado para que el sistema de educación y sobre todo público cambie. Hay que dar seguimiento a los temas que se dan en las clases y analizar si las personas entienden las materias. Es importante que estos enfoques de estudio ya empiezan desde temprana edad.

Para poder hablar de una salud reproductiva, sana y justa debemos como sociedad preocuparnos en la niñez. No es solo algo de adultos si no un círculo que empieza desde que somos niños. Hace falta el involucramiento de los niños en temas de derechos de la salud reproductiva, justo al ser personas involucrados. He visto en el estudio que por falta de acceso a la educación existe factores que hacen que los derechos de la salud se agraven. Si en los planes de educación se involucraría a los niños fuera otra cosa. Lastimosamente debido a sistemas de educación en donde planificación sexual puede ser considerado alarmante, no es de sorprenderse que hay hombres que no quieren que su mujer vaya a centros de salud reproductiva. Es como entrar a un círculo perverso. Seguimos con sistemas de educación que son represivos y autoritarios “inscribese en el corazón de la práctica de enseñanza una relación de vigilancia, definida y regulada; no como una pieza agregada o adyacente, sino como un mecanismo que le es inherente, y que multiplica su eficiencia” (Foucault, 1989, p.181) en lo cual da por resultado que estamos creando una violencia sistemática, en donde no es de sorprenderse que los niños empiecen a tener actitudes de violencia, reproducen discursos machistas y otra serie de comportamientos antisociales, que solo refuerzan los sistemas patriarcales, “Freud podría enorgullecerse de haber sido el primero en señalar lo

autónomo de la agresión, y también en demostrar que la falta de contacto social, sobre todo cuando llega al punto de Liebesverlust (perdida de amor) eran factores que la favorecían mucho” (Lorenz, 1986, p.61)

La recomendación final es hacer más estudios sobre toma de decisiones en Ecuador para entender los roles de género y la equidad en estos. También sobre las dinámicas de las mujeres con sus familiares, el rol de cuidado a otras mujeres, el rol de los hombres, y de la influencia que existe de personas externas a la pareja. Entender la dinámica de la pareja es de igual forma importante. Se puede hacer estudios sobre como el nivel económico y el tipo de pareja (casada, unión libre) influye la planificación. Como se ha visto que educación es un tema central, se podría hacer estudios que analizan en más detalle influye la educación en la salud reproductiva. Una investigación sobre la visión de hombres vs. mujeres puede ayudar a entender más sobre las negociaciones.

Existe falta de entendimiento y recepción sobre temas de educación sexual. Está claro que esta todavía dirigido a la mujer y que al hombre se ve como factor de peligro. Esto tiene que cambiar, y hay que abordar eso con adolescentes y con otros grupos focales para que estos temas sean captados. Queda como conclusión que planificación sexual es un campo abierto todavía para estudiantes e investigadores, y que los gobiernos deberían hacer conexiones con las investigaciones previas para poder hacer un cambio estructural, al igual que hacer seguimiento a las personas para saber sus procedimientos y poder mejorar la situación actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alda Facio. (2005). Feminismo, Género y Patriarcado. 2016, de Portales Sitio web:
http://portales.te.gob.mx/genero/sites/default/files/Genero,%20Derecho%20y%20Patriarcado.%20Alda%20Facio_0.pdf
- Benno de Keijzer. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. 2016, de Codajic Sitio web:
http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf
- Claudio Stern, Cristina Fuentes, Laura Lozano-Traviño, Fenneke Reysoo. (2003). Masculinidades y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la ciudad de Mexico. 2016, de Salud Publica Mexico Sitio web:
<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000405>
- Dario Muñoz. (2004). Imaginarios de Género. Bogota: Siglo del Hombre Editores.
- Dirección de Estadísticas Socio-demográficas. (2013). Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones. 2016, de INEC Sitio web:
http://www.ecuadrencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf
- Ecuador en cifras. (2014). Anuario de Estadísticas Vitales- nacimientos y Defunciones. 2016, de INEC Sitio web: http://www.ecuadrencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
- Ecuador Sitio web: <http://www.rociorosero.com/PDF/DERECHOS-SEXUALES-Y-REPRODUCTIVOS-ECUADOR.pdf>
- edited: Marcia Inhorn, Tine Tjørnhøj Thomsen, Hele Goldberg, and Maruska la Cour Mosegaard. (2009). *Reconceiving the second sex, men masculinity and reproduction*. England: Berghan.
- ENSANUT. (2015). Encuesta Nacional de Salud sexual y reproductiva. Quito: Ministerio de Salud.
 Editores: Xavier Andrade Y Giaconda Herrera. (2001). *Masculinidades en Ecuador*. Quito: FLACSO.
- Gerda Lerner. (1986). *The Creation of Patriarchy*. 2016, de Oxford University Press Sitio web:
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=szm-8WgGjWgC&oi=fnd&pg=PR13&dq=lerner+patriarchy&ots=q8FwXiA8OD&sig=PRoi1kFs_w0Fkh_M22PYiSwELNws#v=onepage&q=lerner%20patriarchy&f=false

Health Research Initiative Sitio web:

<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0035747&type=printable>

ICPD. (2014). International Conference on Population and Development Beyond 2014. Mayo 2016, de ICPD Sitio web: <http://icpdbeyond2014.org/about/view/29-global-review-report>

INEC. (2013). Más de 122 mil madres en el país son adolescentes. 2016, de INEC Sitio web: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495%3Amas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

Ilene S. Speizer, Lisa Whittle y Marion Carter. (2005). Las relaciones de género y la toma de decisiones sobre reproducción: Honduras. 2016, de Guttmacher Sitio web: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/3113105S.pdf>

Jk Kabakyenga. (2012). Influence of Birth Preparedness, Decision-Making on Location of Birth and Assistance by Skilled Birth Attendants among Women in South-Western Uganda. 2016, de Global

Judith Halberstam. (2008). Una introducción a la masculinidad femenina (17). 24 de Marzo del 2016, de Las Disidentes Sitio web: <http://www.herramienta.com.ar/cuerpos-y-sexualidades/masculinidad-femenina>

María Amelia Viteri. (2013). Niñez excluida en el Ecuador contemporáneo, Las niñas en el Ecuador. Observatorio Social del Ecuador, Plan Internacional.

Laura Rodríguez & Iñez H.O.. (2011). La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994. 2016, de CEPAL Sitio web: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/S1100075_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Luisa Álvarez, Jorge Calero y Esther Leon. (2006). Salud sexual y reproductiva desde el punto de vista del varón. 2016, de Instituto Nacional de Endocrinología Sitio web: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu04106.pdf>

Miguel Ramos. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. 2016, de UNFPA Sitio web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010

Martine Schutter. (2000). El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. 2016, de OMS Sitio web: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8806>

Matthew R Dudgeon, Marcia C Inhorn, (2004). Men's influences on women's reproductive health: medical, anthropological perspectives. *Social Science & Medicine*, 59, 1339-

1560 .

Michel Foucault. (1976). Vigilar y Castigar. Mexico: siglo veintinuno editores.

Mimi Khan. (2009). Evaluation of Maternity Worldwide Gimbie Integrated Maternal Health Programme. Mayo 2016, de Big Lottery Fund Sitio web:
<http://www.maternityworldwide.org/wp-content/uploads/2012/07/Ethiopia-BLF-Evaluation-2009.pdf>

Nanci Piedra Guillem. (2004). Relaciones de poder:leyendo a Foucault, desde la perspectiva de género. Revista de Ciencias Sociales, 4, 123-141.

ONU MUJERES. (2015). Las niñas ahora: Ecuador 2015. 2016, de ONU Sitio web:
<http://onumujeres-ecuador.org/beijing/las-ninas-ahora-ecuador-2015/>

Paul Farmer. (2003). "Part I. On Suffering and Structural Violence". en Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor. University of California Press. pp. 29-50

Peter Sternberg&Jhon Hubley. (2004). Evaluating men´s involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. Health Promotion International, 19, 389-396.

Presidencia.gob.ec/plan familia ecuador

Rocio Rosero. (2002). Diseño de políticas publicas para la protección integral de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Ecuador. 2016, de Pontificia Universidad Católica del

SENPLADES. (2015). Ecuador avanza en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2016, de Chakana Sitio web: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Chakana-Revista-de-An%C3%A1lisis-de-la-Secretar%C3%ADa-Nacional-de-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo-Senplades-N.11.pdf>

UNFPA. (2016). Universal Acces to reproductive Health. Mayo 2016, de UNFPA Sitio web:
http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf

William T. Story & Sarah A. Burgard. (2013). Couple´s reports of household decision-makin and the utilization of maternal health services in Bangladesh. 2016, de Soc Sci Med Sitio web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523098/>

R.W. Connell. (2005). Hegemonic Masculinity rethinking the concept. 2016, de University of Southern Maine Sitio web:
http://xyonline.net/sites/default/files/Connell,%20Hegemonic%20masculinity_0.pdf

UNFPA. (2016). Salud Sexual y Reproductiva. 2016, de Naciones Unidas Sitio web:
<http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>

Vanessa Bustamante & Virginia Gomez. (2011). Cuaderno de trabajo "Como se viven los derechos reproductivos en Ecuador: escenarios, contextos y circunstancias". 2016, de Comisión de transición hacia el consejo de las mujeres y la igualdad de género Sitio web: <file:///Users/cvfalconi/Downloads/derechos-reproductivos.pdf>