

N° 00000 10 28

27.34

006257

P 831

V. 17

COORDINACION DE  
HUMANIDADES



PROGRAMA UNIVERSITARIO  
DE ESTUDIOS DE GENERO  
"CENTRO DE INFORMACION  
Y DOCUMENTACION"

**Percepciones masculinas  
de las necesidades y servicios  
de planificación familiar  
y salud reproductiva:  
un estudio cualitativo en Chimbote**

Eduardo Cobián<sup>1</sup>  
Sara Reyes<sup>2</sup>

1. Consultor.
2. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

**EL POPULATION COUNCIL** busca ayudar a mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras del mundo, y ayudar a alcanzar un balance humano, equitativo y sustentable entre la población y los recursos. El Council analiza temas y tendencias poblacionales; realiza investigación biomédica para desarrollar anticonceptivos nuevos; trabaja con organizaciones públicas y privadas para mejorar la calidad y alcance de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva; ayuda a los gobiernos a influir sobre las conductas demográficas; divulga resultados de investigación en el área de la población a públicos apropiados; y ayuda a fortalecer la capacidad en investigación en países menos desarrollados. El Council es una organización no lucrativa que fue fundada en 1952. Se dedica a la investigación y está dirigida por una junta directiva multinacional. Su oficina matriz en Nueva York apoya una red global de oficinas en regiones y países, entre ellas la Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Las direcciones de estas oficinas son:

Population Council

One Dag Hammarskjold Plaza

Nueva York, Nueva York 10017, E.U.A.

Tel.: (212) 339-0500

Fax: (212) 755-6052

Correo electrónico: [pubinfo@popcouncil.org](mailto:pubinfo@popcouncil.org)

<http://www.popcouncil.org>

Population Council

Oficina Regional para América Latina y el Caribe

Escondida 110 Villa Coyoacán, 04000 México, D.F.

Tel. (525)554-8610; Fax: (525)554-1226;

Correo electrónico: [inopalmx@mpsnet.com.mx](mailto:inopalmx@mpsnet.com.mx)

Esta publicación fue financiada por el Proyecto INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe) bajo el Contrato No. CCP-95-00-00007-00 con la Oficina de Población de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Responsable de la publicación: Silvia Llaguno

Impresión: Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.

©1998 Population Council/INOPAL III

Cualquier parte de este documento podrá reproducirse sin permiso de los autores, siempre y cuando se reconozca la fuente y la información no se utilice con fines de lucro. Agradeceremos cualquier comentario o sugerencia de los lectores. Para solicitar más copias de este documento, materiales de difusión o requerir más información, por favor solicitarla a la Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

**Percepciones masculinas  
de las necesidades y servicios  
de planificación familiar  
y salud reproductiva:  
un estudio cualitativo en Chimbote**



## **Resumen**

Se condujeron ocho grupos focales con hombres de Chimbote de los niveles socioeconómicos C y D, cuya edad estaba en el rango de 20 y 38 años de edad, tenían una pareja estable y no deseaban tener hijos en los siguientes dos años. Se halló que los hombres no asisten a los servicios de planificación familiar porque sienten que el sistema los excluye, en la medida en que perciben que dichos servicios han sido diseñados pensando solamente en mujeres. Consideran que el tema general de la salud es competencia y responsabilidad de las mujeres, y que los establecimientos de salud simbolizan un espacio para la población débil y vulnerable. Además, el hecho de que sean mujeres quienes provean la información de salud les genera miedo y vergüenza. La interferencia con el horario de trabajo, el no ser convocados directamente sino a través de sus cónyuges, y el temor a ser vasectomizados involuntariamente son restricciones adicionales. La prevención de las enfermedades de transmisión sexual no es asumida. Se propone una lista de características que deberían reunir los servicios y el proveedor de información para atraer a los servicios a los hombres de Chimbote.

## **Introducción**

Una de las principales estrategias propuestas para incrementar la participación del hombre en la planificación familiar, la de atraerlo a los servicios, no ha tenido mucho éxito. En las clínicas norteamericanas de planificación familiar subsidiadas por el gobierno, sólo 6% del total de personas atendidas son varones (Schulte y Sonenstein, 1995). En Perú, la clínica Padres de INPPARES registra en la actualidad aproximadamente 4% de hombres (Velásquez y cols., 1998). En el sector público, las figuras no son muy diferentes (Parra, 1998). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 1997) introdujo por primera vez un módulo para hombres en 1996, pero ni siquiera preguntó por el uso de los servicios.

En Chimbote y pueblos aledaños de la provincia de Santa, las autoridades de salud tenían conocimiento de que los hombres no solicitan los servicios de planificación familiar ni acompañan a sus esposas a la consulta. Las hipótesis que tenían para explicar este fenómeno eran varias, pero carecían de sustento empírico.

El objetivo de este estudio fue investigar la conceptualización masculina respecto de los servicios de salud en general en Chimbote, conocer las percepciones de los hombres en relación con la planificación familiar, estudiar sus actitudes frente a las enfermedades de transmisión sexual y encontrar formas alternativas de involucrar al varón en el uso de métodos anticonceptivos y/o que apoye a su pareja para que continúe usando algún método.

## **Metodología**

Se usó la técnica de grupos focales, que consiste en la realización de una aparente conversación informal entre un moderador y un pequeño grupo de personas (ocho en promedio), pero que en realidad responde al seguimiento de una serie de temas contenidos en una guía que conducen a la obtención de la información requerida para cubrir los objetivos del estudio.

Entre el 3 y 6 de julio de 1997 se organizaron ocho grupos focales en la ciudad de Chimbote. Se formaron cuatro grupos de residentes dentro de la esfera de influencia de la Unidad Territorial de Salud (UTES) La Caleta y cuatro de residentes dentro de la esfera de influencia de la UTES Guzmán Barrón. Los principales requisitos fueron que los hombres tuvieran una relación de convivencia de un año como mínimo y que no desearan tener hijos en los próximos dos años. También

se consideró indispensable que ningún participante tuviera relación familiar con el personal del sector Salud para evitar que pudieran estar en relativa ventaja en cuanto a la información y acceso a los servicios del sector. El equipo de reclutamiento estuvo conformado por obstetras y asistentes sociales de las zonas de La Caleta y Guzmán Barrón.

Los grupos fueron homogéneos en estatus socioeconómico y edad. En cuanto a la calificación socioeconómica, hubo seis grupos de nivel C y dos de nivel D, distribuidos equitativamente entre las UTES mencionadas. Las edades de los sujetos estudiados se concentraron en el rango de 25-35 años (cinco grupos de ocho), complementados por dos de 20-28 años y uno de 31-38 años de edad. Dos de los ocho grupos fueron formados por cónyuges de mujeres que participaban en un estudio paralelo (Salazar y Rivero, 1997).

Las sesiones fueron audiograbadas para su posterior análisis y la elaboración del informe.

## **Resultados**

Los hallazgos del estudio serán presentados en secciones organizadas en función de temas específicos.

### *División de roles desde la perspectiva masculina*

Aunque la presente investigación no tuvo entre sus objetivos analizar este tema, la riqueza de la información obtenida en las dinámicas grupales permitió encontrar un esquema que guiaba el comportamiento de los hombres de Chimbote frente al tema general de la salud.

Dicho esquema contemplaba una tajante división entre los roles que debían ser cumplidos por hombres y por mujeres. Según los participantes, los hombres cumplían una función proveedora que los llevaba a centrarse en el trabajo como su actividad principal y casi exclusiva, mientras que las mujeres desempeñaban una función de vigilancia del desenvolvimiento de la familia, que incluía la educación, la alimentación y el cuidado de la salud. Esta división de funciones sirvió para que los hombres deslindaran las responsabilidades y se autoexcluyeran de la necesidad de velar por la salud de su familia, asumiendo que la mujer debía hacerlo de manera natural. El siguiente testimonio extraído de una de las dinámicas ilustra el hallazgo reportado:

“La mujer es más responsable que el hombre... Si ve que su hijo está tosiendo, en seguida lo lleva al hospital. En cambio, el hombre no... Opta por decir: ‘Llévalo tú, yo mañana tengo que trabajar.’”

Lo anterior indica que el trabajo como actividad apareció como el gran pretexto de los hombres de Chimbote para liberarse de la responsabilidad frente al tema de la salud en general.

Desde la perspectiva masculina, las mujeres necesitaban de un sistema de servicios que les permitiera cumplir con su función de cuidadora; por consiguiente, percibieron que los servicios de salud en general habían sido creados pensando en ellas. De esta manera, los servicios adquirieron una identidad femenina; es decir, para los participantes, los establecimientos de salud y las características de los servicios que allí se prestaban eran cosa de mujeres, reforzando con ello su propio alejamiento.

### *Percepción masculina del público objetivo de los servicios de salud*

Cuando se les preguntó acerca de las personas que asistían con mayor frecuencia a los establecimientos de salud en busca de algún servicio, los hombres sostuvieron que la mayoría eran mujeres embarazadas, madres con sus recién nacidos, niños que eran llevados por sus madres para tratarse por diversas enfermedades, ancianos que requerían de asistencia médica dada su avanzada edad, enfermos en general y personas de bajos recursos.

La primera mirada a la población descrita evidenció que los hombres no se incluían como parte del público objetivo de los servicios de salud; es decir, no sentían que estuvieran también dirigidos a ellos. La razón estriba en que caracterizaron a todas las personas que asistían frecuentemente como vulnerables y débiles en diversa medida, mientras que se percibían a sí mismos como fuertes y resistentes a cualquier dolencia, y que podían manejar voluntariamente las afecciones con mayores recursos naturales que las mujeres, niños, ancianos, etcétera.

En consecuencia, los participantes de sexo masculino visualizaron los servicios de salud como creados para atender a las personas débiles y vulnerables, tal como lo ilustran las siguientes referencias:

“...La mujer es la más débil ... el órgano más débil.”

“...(los hombres) tal vez se dan un tiempito y acompañan a sus esposas para pagar la consulta.”

Nótese cómo, según la última cita, se podría aceptar que un hombre acuda a los servicios, pero en calidad de quien mantiene el control de la situación cumpliendo su rol de proveedor (pagador), mas no porque adolezca de alguna enfermedad.

Solamente se aceptó que un hombre pudiera buscar un servicio de salud cuando la situación fuera realmente inmanejable para él, o que en todo caso hubiera superado los límites de resistencia que le confiere su propio sexo, como podría ser una herida, un accidente o algún dolor que le impidiera trabajar, situaciones todas que bien podrían ser calificadas de fortuitas y que escaparían a la propia naturaleza masculina.

### *Razones de inasistencia masculina a los servicios de salud en general*

En primera instancia, el hombre de Chimbote utilizó el trabajo como pretexto que justificaría su inasistencia a los servicios mencionados, para evitar que interfiriera con el horario en que desempeña sus actividades laborales. Incluso arguyó que yendo a un establecimiento de salud tendría que interrumpir su trabajo, viéndose obligado a solicitar un permiso que cada día era más difícil de obtener en las oficinas particulares y estatales, o aceptar la pérdida de dinero en caso de trabajar independientemente.

Cuando los hombres tuvieron que relacionar su asistencia a los establecimientos con su familia (dada su autoexclusión como usuarios frecuentes de los servicios), concluyeron que ella los llevaría a incumplir con las responsabilidades propias de su función proveedora, para asumir obligaciones correspondientes a su cónyuge.

Sin embargo, se encontró que los hombres investigados trataban de evitar comprometer su autoimagen de fortaleza al tener que aceptar que podían necesitar los servicios de salud en general por cualquier afección que no fuera grave desde su punto de vista, es decir, que no les impidiera trabajar.

Resulta incuestionable la existencia de condicionamientos culturales y sociales para que el hombre oculte su sensibilidad y ofrezca a su grupo social la imagen que supone se espera de él. El comportamiento de los participantes respondió a dichas presiones, pero dejando entrever ciertas actitudes que iban en otra dirección.

Los servicios de salud generan ciertos sentimientos en la población masculina que la alejan, como por ejemplo la desconfianza, la vergüenza y el temor. Desconfían de encontrar en el establecimiento (posta y/o centro) tanto al personal calificado para atenderlos como los insumos

que se requerirían para cumplir con la labor médica. Por otro lado, la percepción del estilo de relación vertical que plantea el personal de salud con los hombres lleva a éstos a anticipar que serán reprendidos vergonzosamente por haber dejado pasar el tiempo y permitir que su dolencia o afección se acentúe. Y, finalmente, los atemoriza que les diagnostiquen una enfermedad grave a partir de lo que ellos creían era una dolencia sin importancia, lo cual los haría formar parte de la población débil y vulnerable con la que no se identifican. De esta manera, socialmente es más simple para los hombres escudarse detrás del trabajo que reconocer que son susceptibles de experimentar sentimientos que nada tienen que ver con su pretendida fortaleza.

### *Actitud del hombre frente a los servicios de salud en general*

Se detectaron tres clases de actitudes: de rechazo, de indiferencia y de aceptación. La primera caracterizó a la mayoría de los participantes por las razones anteriormente explicadas. La indiferencia debe ser entendida como la actitud de aquellos hombres (proporcionalmente menores que los rechazadores) a los que les da lo mismo asistir o dejar de hacerlo; en todo caso, no se esmerarán por usar los servicios de salud. Por último, hubo casos aislados que manifestaron su aceptación por usar los servicios de salud en general, bajo el supuesto de la conveniencia de evitar que las dolencias se agraven.

### *Conocimiento de las áreas cubiertas por los servicios de salud*

La sistematización de las respuestas obtenidas en los grupos focales permitió identificar siete áreas que estaban siendo cubiertas por los servicios de salud en general. Esas áreas pudieron ser agrupadas en tres bloques en función del público al que se dirigían principalmente.

El primero comprendió las áreas obstétrico-ginecológica, neonatal y geriátrica, las cuales resultaron completamente consistentes con la debilidad y vulnerabilidad características de la población que acudía preferentemente a los servicios de salud (de la que ellos no formaban parte, obviamente, según la percepción masculina).

El segundo bloque estuvo conformado por las áreas de cirugía y emergencia, que estarían dirigidas a la población en general, incluyendo a los hombres, quienes podrían recurrir a ellas en la eventualidad

de sufrir algún accidente. En otras palabras, reconocieron que podrían usar esos servicios por la naturaleza crítica de las situaciones que atendían, como, por ejemplo, una herida por arma blanca, un accidente de trabajo, etcétera.

En el tercer bloque figuró sólo la planificación familiar, definida por los hombres de una forma que merece ser analizada cuidadosamente. En esencia, los participantes aludieron a aquellos servicios creados para las parejas que desearan planificar el crecimiento de su familia. Independientemente de las palabras que pudieron ser usadas en cada caso, lo cierto fue que hubo coincidencia en lo sustantivo. Lo que llamó a reflexión fue que la definición centraba los servicios en *la pareja*; sin embargo, se reconoció que los hombres no usaban esos servicios, en primer lugar porque la planificación familiar estaría incluida dentro del gran tema de la salud, con las connotaciones femeninas que han sido señaladas anteriormente, y en segundo término porque a la autoexclusión masculina del tema general se sumó la correspondiente autoexclusión de la planificación familiar por las condiciones en que se prestaban sus servicios. Condiciones que, como se verá más adelante, no favorecen la integración del hombre sino que acentúan su percepción de que se trata de un tema de mujeres.

No se especificó si existía alguna área en la cual se ofrecieran servicios relacionados con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), razón por la cual fue necesario abordar el tema de manera independiente. A continuación se presentan los hallazgos respectivos.

### *Conciencia de riesgo en las relaciones extramaritales*

En los ocho grupos focales conformados en Chimbote con hombres de diversas edades, se encontró de manera consistente la presencia de la noción de riesgo al tener relaciones sexuales con una compañera casual. El riesgo al que estarían expuestos los hombres en primer término sería el de contraer el SIDA, y las demás enfermedades venéreas en segundo lugar. Este ordenamiento respondió a que se asumió que *“la enfermedad que estaba de moda era el SIDA”*, precisamente porque se oía hablar de ella más que de las otras. Además, el hecho de ser mortal la hizo aparecer como la más peligrosa, en comparación con las demás conocidas (sífilis, chancro, gonorrea, *“ladillas”*, etc.), porque de una u otra manera eran curables.

Sin embargo, llama la atención que el riesgo de contraer las ETS fue evaluado en función de las consecuencias de la enfermedad y no de la exposición al riesgo mismo. En otras palabras, el fenómeno del

contagio fue evaluado *por el después* y no *por el antes*, que es lo que en realidad correspondería, ya que si se habla del riesgo, se hace referencia a los hechos precedentes que pueden terminar en el contagio. Si los hombres entendieran que su perspectiva estaba equivocada, concluirían que independientemente de las consecuencias, el riesgo de contraer el SIDA u otra ETS es el mismo si se desconoce la historia sexual de la compañera casual y/o no se toman las precauciones respectivas.

El problema subyacente es que los hombres de los estratos estudiados en Chimbote evidenciaron sentir la presión social de demostrar permanentemente una hombría que supone aprovechar todas las oportunidades de tener relaciones sexuales extramaritales, al grado de justificarse argumentando que la naturaleza del hombre era prácticamente incontrolable, como lo demuestran las siguientes expresiones:

*“...la carne llama a la carne. En este momento en que estamos solos conversando (refiriéndose a la dinámica grupal) digan: ¿quién de nosotros cuando está chupando (tomando) no busca germa (mujer)?... ¡Hasta maricones (homosexuales) caer!”*

Adicionalmente, la imagen de relaciones extramaritales estuvo muy asociada a episodios de consumo de bebidas alcohólicas, lo cual configuró un escenario en el que la responsabilidad de los actos inesperados termina siendo atribuida al licor y no al sujeto que lo ingirió.

### *Medidas preventivas frente a las ETS*

Frente al riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, los hombres coincidieron en que la única forma de evitarlo era usando el condón; no obstante, se aceptó que éste no era usado en todas las ocasiones. Una explicación sería que al asumir que las relaciones extramaritales son inesperadas, es decir, no buscadas, la posibilidad percibida de estar prevenido con un preservativo es muy pequeña, y si se incluye la ingesta de bebidas alcohólicas, entonces los hombres investigados podrían concluir que resultará difícil conjugar los dos elementos: el deseo de tener relaciones con una compañera desconocida y el autocontrol para darse el tiempo de protegerse.

Por otro lado, existen quienes dudaron de la efectividad del condón para proteger al hombre frente al riesgo estudiado; sin embargo, ese cuestionamiento podría ser una puerta de escape psicológico para justificar por qué no se usa ese método. En el mismo sentido, se atri-



buyeron defectos de fabricación (perforaciones) y comercialización (producto vencido) en los condones, que determinarían una disminución en su eficacia.

### *Comportamiento del hombre en riesgo de ETS frente a su pareja estable*

Una vez que un hombre ha sostenido relaciones extramaritales con una compañera casual, de quien conoce poco o nada acerca de su historia sexual, con el agravante de no haber usado un preservativo, experimentará un sentimiento de haberse colocado en situación de riesgo al haber hecho algo que no debía. Sin embargo, tratará de hacer todo lo posible porque su pareja estable (esposa o compañera) no descubra su infidelidad. Así, procederá a sostener relaciones sexuales con su cónyuge de la manera en que habitualmente lo hace, con el propósito de que ella no detecte ninguna variación producto del riesgo supuesto. Las siguientes expresiones sustentan lo anterior:

“... estás con cargo de conciencia porque uno está pensando en eso ... pero te reivindicas.”

“... caballero no más, le cumples.”

Esa reivindicación y ese cumplimiento definen una actitud encubridora y a la vez consistente con aquello de que la naturaleza masculina es incontrolable. Lo peligroso de esta situación es que teniendo un grado variable de conciencia del riesgo al que se ha expuesto ese hombre, y de la posibilidad de continuar la cadena de contagio con su cónyuge, él callará para no comprometer su situación en el hogar.

Algunos casos aislados sostuvieron que irían a consultar con un médico al día siguiente del episodio extramarital con la esperanza de descartar la presencia de alguna enfermedad, pero lo que en realidad estarían revelando sería un desconocimiento del proceso de evolución de las ETS.

### *Causas del ausentismo masculino en los servicios de planificación familiar*

Siete condiciones en la práctica propician que los hombres de Chimbote no se aproximen a los servicios de planificación familiar.

La identidad femenina de la planificación familiar es sin duda una de las principales razones del desentendimiento masculino, porque se inserta en el esquema de identidad de género del tema de la salud en general y de sus servicios respectivos.

La menor posibilidad de acceso a la información pertinente fue indirectamente mencionada en las dinámicas grupales, asumiendo que la información de planificación familiar se les proporciona a las mujeres sin que ellas la busquen. Es decir, que bastaría con que ellas se encuentren en algún establecimiento de salud por cualquier razón para que el personal del sector les ofrezca asistir a una charla orientadora.

*“Más se da en las mujeres la planificación familiar. Mi señora ha recibido charlas en el hospital cuando se va a controlar... En ningún momento nos mandan a llamar... solamente a ella.”*

La interferencia con el horario de trabajo constituyó para los participantes en el estudio la confirmación de que no eran tomados en cuenta al momento de diseñar los servicios. Con la misma dificultad con que vieron dejar de trabajar (recuérdese el pretexto al que se hizo referencia) para acudir a un servicio de salud en general, vieron el tener que asistir al servicio de planificación familiar a costa de dejar de ganar dinero o exponerse a un descuento por día no laborado.

La nula identificación con el proveedor de la información por sexo fue una condición de gran relevancia para explicar el ausentismo. Según los hombres, la orientación en planificación familiar es ofrecida por personal femenino, lo cual genera en ellos temor e inhibición por el hecho de tener que hablar de un tema ligado a su intimidad con una mujer, en caso de tratarse de una situación cara a cara, o en medio de un grupo de mujeres si fuera el caso de una charla. Los siguientes testimonios ilustran esto:

*“Esas charlas las dan mujeres más que todo, y eso hace que sientas un poco de vergüenza y miedo...”*

*“...da vergüenza que te pregunten cuántas veces lo haces con tu mujer. Mejor va mi señora, porque a ella no le van a preguntar... Es más discreto con ellas.”*

La ubicación del servicio de planificación familiar en el interior de la posta, centro u hospital resulta determinante para la comprensión del comportamiento de los hombres chimbotanos del nivel C y D. La presente investigación demostró que el establecimiento de salud simboliza para el hombre un espacio al que acude una población débil y

vulnerable con la que no desea ser identificado. En consecuencia, si el servicio de planificación familiar está ubicado en el interior del espacio que rechaza inconscientemente, ese mismo hombre lo ignorará aun en caso de necesitarlo, porque no estará dispuesto a pasar entre mujeres, lactantes, ancianos y enfermos, para llegar hasta un consultorio donde será atendido por una mujer.

La inexistencia de una convocatoria directa a los hombres creó en los maridos convocados por sus cónyuges la idea de que eran ellas las que realmente trataban de llevarlos hasta el servicio de planificación familiar, arguyendo que el personal de salud los había mandado llamar. En aquellos casos en los que se aceptó ir, la experiencia resultó negativa porque la asistencia fue mayoritariamente femenina, generando en los pocos hombres asistentes vergüenza por hablar de temas sexuales ante varias mujeres y temor de no saber contestar alguna pregunta que pudiera plantearles la expositora. Por tal motivo, las sucesivas convocatorias indirectas eran rechazadas, instando a las mujeres a asistir para explicarles posteriormente el contenido de la charla.

Finalmente, el temor a ser sometido involuntariamente a una vasectomía podría ser considerado como un comportamiento extremo, pero que sin embargo justifica la ausencia de un sector de hombres que temen ser sometidos a un método quirúrgico sobre el cual tienen una serie de creencias equivocadas. En la práctica, hubo quienes creían que con el pretexto de una charla orientadora podrían ser convencidos de aceptar una vasectomía en la que nunca pensaron.

## **Discusión**

¿Qué conclusiones prácticas es posible extraer de los hallazgos de la investigación cualitativa que aquí se reporta? ¿Qué se podría hacer con los hombres de Chimbote con el propósito de crear las condiciones que favorezcan su aproximación a un tema que hasta ahora había tenido una clara identificación femenina según la perspectiva de los participantes? A continuación proponemos un modelo de intervención que supone el desarrollo de dos etapas consecutivas.

### *Primera etapa*

La primera etapa tendría como objetivo darle identidad masculina a la planificación familiar para lograr la sensibilización de los hombres frente al tema. Con tal propósito, se sugieren las siguientes acciones:

1. Crear un servicio de planificación familiar exclusivamente masculino, lo que no supone la duplicación de los establecimientos de salud existentes por el alto costo que ello supondría. En lo fundamental, convendría que los hombres percibieran que se ha creado un espacio pensando en ellos, para que sientan que pueden acudir al servicio, anticipando la satisfacción derivada de su uso.

2. Sacar al servicio de planificación familiar fuera del ámbito de “*la población débil y vulnerable*”, para que los hombres no sientan que están comprometiendo su imagen de fortaleza frente a su grupo social. De esta manera sabrían que todos sus congéneres que acudan al servicio bajo el nuevo planteamiento irían en busca del mismo objetivo, y no se verían obligados a estar entre personas cuyas capacidades están menoscabadas según su forma de pensar.

3. Recurrir a ambientes con identificación masculina o neutra, pero no femenina. Esto significa que podrían considerarse locales comunales en los que funcionen los servicios de planificación familiar para hombres, pero descartando los Clubes de Madres, los Clubes del Vaso de Leche y los Comedores Populares, porque ellos tienen una identificación igualmente femenina. En realidad, parece poco probable encontrar ambientes con identificación masculina, de manera que alguno neutral aparece como una buena alternativa, por ejemplo, locales municipales.

4. Considerar el modelo de las Unidades de Rehidratación Oral Comunes (UROC), que funcionan en la casa de algún miembro de la comunidad que manifiesta su voluntad de colaborar con los programas del sector salud, pero sin interferir con el funcionamiento normal de la vivienda y de la familia que allí habita. Trasladando el modelo UROC al Modelo de Llegada a los Hombres aquí propuesto, podría considerarse la realización de las reuniones de planificación familiar en la casa de algún vecino voluntario.

5. Crear la noción de Club de Hombres, entendida como la formación de una institución social (en el sentido amplio del término) que pueda albergar a todo aquel individuo del sexo masculino que desee compartir inquietudes con sus semejantes respecto de la planificación familiar y la salud reproductiva. Si se le agrega a la noción del club la ubicación del servicio fuera de los establecimientos de salud, los hombres interesados podrían liberarse de la presión social que supone la situación actual, y quizás llegar a interiorizar el concepto de “*nos vemos en el club esta noche porque hay una charla*”. La idea fundamental que debería comprar la población masculina es que en ese club todos los detalles apuntarían hacia el universo masculino, e incluso que estaría reservado sólo a sus congéneres.

6. Convocar directamente a los hombres para romper con su creencia de que los intentos de sus cónyuges por llevarlos a las charlas son una iniciativa de ellas mismas y no del sector salud. Por supuesto, el mensaje con el que se convoque a la población masculina deberá ser coherente con todas las acciones propuestas en la primera etapa descrita.

7. Propiciar el efecto multiplicador que naturalmente ocurrirá, en la medida en que el desarrollo de las actividades del servicio de planificación familiar para hombres resulte motivador. Por la experiencia tenida con los ocho grupos investigados en Chimbote en el marco de la presente investigación, se puede sostener que la metodología seguida entusiasmó a los participantes, al punto de ofrecerse espontáneamente para convencer a algún amigo de acudir juntos a la próxima reunión.

8. Utilizar la técnica de las dinámicas grupales en lugar del esquema tradicional de charlas, con la finalidad de contar con la participación activa de los asistentes para hacerlos sentir que contribuyen al desarrollo y enriquecimiento del grupo del cual forman parte. El esquema tradicional de charlas convierte en pasivo al auditorio, y facilita el ocultamiento de aquellos que por características personales son más introvertidos. Planteadas las dinámicas en grupo, todos los participantes tienen la misma oportunidad para expresar sus pensamientos, con lo cual se asegura que el efecto pueda alcanzar a todos los miembros de un pequeño grupo.

## *Segunda etapa*

Una vez que la primera etapa evidencie resultados de participación masculina en los servicios de planificación familiar, convendría iniciar la etapa de orientación a parejas con un hombre sensibilizado y dispuesto a asumir el compromiso tanto en planificación familiar como en ETS, en igualdad de condiciones que su cónyuge. De lo contrario, la imagen idílica de la pareja entrando de la mano al establecimiento de salud en busca de orientación seguirá siendo utópica.

## *Expectativas respecto al proveedor de información*

A continuación se describen las características que debería tener el proveedor de información de las áreas de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, de acuerdo con lo que espera la población masculina estudiada:

1. Ser de sexo masculino, para favorecer la identificación entre el emisor y el receptor participante.

2. Ser percibido como una autoridad, pero a la vez como una persona capaz de establecer relaciones horizontales. Esto responde a la necesidad de encontrar un interlocutor a quien se le puedan expresar las dudas y temores, con la certeza de que no adoptará la postura del padre que reprende, sino del especialista que comprende. Idealmente, debería poder ser percibido como uno más entre el grupo.

3. Utilizar el lenguaje de los participantes, entendiendone al hacerlo favorecerá el acercamiento con los participantes y creará la atmósfera para obtener expresiones espontáneas y desinhibidas.

4. Promover la participación de todos los asistentes para propiciar el intercambio de opiniones. En la medida en que los hombres asistan a estas reuniones de orientación y tengan la oportunidad de exteriorizar sus puntos de vista sin importar si están acertados o no, podrá considerarse el inicio de un proceso de cambio de actitud.

## Referencias

- ENDES (1997) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1997*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro Internacional, Inc.
- León, F. R. (1997) *Quality of care and user outcomes in the province of Santa. II. A diagnostic study with focus on clients*. Informe Final de Sub-proyecto de INOPAL III. Lima: Population Council.
- Parra, J. (1998). Comunicación personal (del Director de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud del Perú) a Federico León. Lima: 21 de julio de 1998.
- Salazar, X., y F. Rivero (1997) "Percepciones de las mujeres sobre la calidad de los servicios." En F. R. León, *Quality of care and user outcomes in the province of Santa. II. A diagnostic study with focus on clients*. Informe Final de Sub-proyecto de INOPAL III. Lima: Population Council.
- Schulte, M. M., y F. L. Sonenstein (1995) "Men at family planning clinics: The new patients?" *Family Planning Perspectives*, 27, 5: 212-216, 225.
- Velásquez, A., L. Jiménez, A. Rechkemer, M. E. Planas, F. R. León, R. Durand, & A. Calderón (1998) "Incrementando la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima". *Documento de Trabajo No. 4*. INOPAL III/ Population Council, México, D.F., México.

## **Reconocimientos**

Este estudio formó parte de otro más amplio de INOPAL III en la provincia de Santa (León, 1997), que hizo uso de recursos aportados por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el Contrato No. CCP-95-00-00007-00 con el Population Council. Los autores agradecen las aportaciones editoriales de Federico León.

## Otros títulos de la serie

Documento de trabajo núm. 1. *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*

Ricardo Vernon, Raffaella Schiavon, Silvia E. Llaguno

Documento de trabajo núm. 2. *Educación sobre salud sexual y reproductiva en áreas indígenas de Guatemala a través de maestros bilingües*

Gloria Cospín, Ricardo Vernon

Documento de trabajo núm. 3. *Oferta sistemática de servicios de planificación familiar y salud reproductiva en Guatemala*

Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi, Federico León, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 4. *Incrementando la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima*

Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Rechkemer, María E. Planas, Federico R. León, Rubén Durand, Alicia Calderón

Documento de trabajo núm. 5. *Estrategias de información sobre anticoncepción de emergencia*

Martha Givaudan, Ricardo Vernon, Carmen Fuertes, Susan Pick

Documento de trabajo núm. 6. *Encuesta de necesidades de información, educación y comunicación (IEC) sobre salud reproductiva en seis etnias en México*

Javier Cabral, Ángel Flores, Francisco Huerta, Carmen Baltazar, Fabiola García, Concepción Orozco, Carlos Brambila

Documento de trabajo núm. 7. *Costos de las consultas de atención integral en salud reproductiva en Guatemala*

Carlos Brambila, Jorge Solórzano



Documento de trabajo núm. 8. *Uso de listados para detectar y referir mujeres a los servicios de salud reproductiva*

Luis Améndola, Delmy Euceda, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Norma Ali

Documento de trabajo núm. 9. *La respuesta del consumidor a los cambios de precios de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva*

Teresa de Vargas, John H. Bratt, Varuni Dayaratna, James R. Foreit, Daniel H. Kress

Documento de trabajo núm. 10. *Estrategias para involucrar a los hombres en el cuidado de la salud reproductiva: de la administración de la granja a la administración de la familia*

James Foreit, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Dolores María Valmaña, Judy Canahuati

Documento de trabajo núm. 11. *Sí, se puede: cómo mejorar la calidad de la atención post-aborto en un hospital público. El caso de Oaxaca, México*

Ana Langer, Cecilia García-Barrios, Angela Heimbürger, Lourdes Campero, Olivia Ortiz, Carmen Díaz, Vilma Barahona, Francisca Ramírez, Beatriz Casas, Beverly Winikoff, Karen Stein

Documento de trabajo núm. 12. *Investigación operativa en planificación familiar y salud reproductiva*

Federico R. León

Documento de trabajo núm. 13. *Tres estrategias para promover el sostenimiento de las clínicas de CEMOPLAF en Ecuador*

John H. Bratt, James Foreit, Teresa de Vargas

Se terminó de imprimir en  
Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.  
Tel.: 515 1657.  
El tiraje consta de 2,200 ejemplares.