

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

**Necesidades de atención de los hombres y su satisfacción, en el servicio de planificación familiar del
Policlínico Docente “Antonio Maceo”**

Autora: Lic. Yoanna Martínez Boloña

Tutora: DraC. Zoe Díaz Bernal

Trabajo para optar por el título de Máster en Salud Pública

La Habana, Cuba

Año 2015

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	10
Capítulo 1. Consideraciones teóricas para el estudio del género y su aplicación en el campo de la salud.....	10
Capítulo 2. Propuesta metodológica para el estudio de las necesidades de atención a las masculinidades y su satisfacción en el servicio de planificación familiar.....	46
Capítulo 3. Descripción de los resultados.....	53
Capítulo 4. Discusión de los resultados.....	72
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES.....	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUCCIÓN

Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo, que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables”. Es también, la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y segura; procrear sin riesgos, contar con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Se trata entonces, de salud y de calidad de vida en todo el curso vital, que repercute de forma directa en la reproducción humana, no sólo visto como la ausencia de enfermedad en el proceso reproductivo. (1)

Los cuidados para la SSR comienzan en la etapa preconcepcional, estas atenciones son promocionales cuando toman en cuenta incidir en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño y de la niña, con acciones que no se limiten a los servicios de atención; también incluyen actividades de información, educación y orientación que contengan aspectos de SSR, como parte de la educación integral, y son preventivas, cuando modifican riesgos existentes, previos al embarazo, que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no sólo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno social. (2)

Uno de los servicios de salud encargados del cuidado de la SSR se denomina Consulta de Planificación Familiar (CPF), ese espacio tiene como objetivo lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho a decidir el número de hijos que se desea tener; además de propiciar la salud materna infantil y la paternidad comprometida. En general, brinda la orientación oportuna y necesaria para la conformación responsable de la unidad básica de toda la estructura social. (3)

Son disímiles los beneficios de ese servicio, aunque estudios interesados por el tema género evidencian una marcada tendencia hacia la participación casi exclusiva de las mujeres, aun cuando se reconoce la importancia de la participación de los hombres en la planificación familiar (PF) y en la disminución del riesgo reproductivo. (2) (4)

La escasa asistencia masculina a la consulta de planificación familiar es reconocida en las publicaciones científicas como una problemática que imposibilita, entre otros factores, el acceso equitativo a los servicios de PF, dificulta la distribución y manejo de recursos en función de necesidades de atención femeninas y masculinas. (2) (3) (4) En otras palabras, los hombres se encuentran en desventaja con respecto a las mujeres en cuanto a: prestación de servicios enfocados a ellos como población diana, beneficios de las acciones o estrategias de SSR plasmadas en planes, programas o políticas de salud y esto constituye, en términos de derechos reproductivos, una limitación al momento de garantizarlos a cada persona sin distinción alguna.

La conceptualización de la salud como un derecho de toda persona, obliga a reconocer la equidad genérica como un supuesto básico para su consecución, lo cual cuestiona los modelos de relaciones sociales e institucionales que erigen las concepciones sobre la reproducción, como interés y responsabilidad exclusiva de las mujeres. (5)

El género es considerado un determinante social de la salud, su análisis incorpora el modo en que las asimetrías sociales influyen en el proceso salud- enfermedad- atención tanto de los varones como de las mujeres. Para la SSR su abordaje es de gran importancia en el logro del perfeccionamiento de los servicios y de las políticas sociales y de salud dirigido a la concreción de la equidad. (5)

Equidad de género en salud no significa que mujeres y hombres vivan y enfermen igual; sino trabajar por la eliminación de las desigualdades evitables entre ellos, y contribuir a que sus causas sean prevenibles. Tampoco la equidad en la atención significa que hombres y mujeres deban recibir cuotas iguales de recursos y servicios, sino que sean adecuados a las diferentes necesidades de cada uno y su contexto. (6)

La Organización Mundial de Salud (OMS) como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas promueve la idea de la igualdad, equidad y no discriminación para los derechos relativos a la salud y acceso universal a servicios de salud con calidad. (7) (8) El consenso alcanzado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995, fue crucial para el reconocimiento de la desigualdad social de género como asunto de justicia y derechos humanos relacionado con la salud, y sentó como bases las líneas de acción para establecer condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho a la salud en situación de igualdad entre mujeres y hombres. (8)

En lo relativo a salud sexual y reproductiva, esta transformación en el pensamiento salubrista ha sido vital, en cuanto al reconocimiento de las maneras en que las diferencias asignadas y asumidas según género y la representación social de la sexualidad, intervienen en la asistencia a los servicios de SSR. Este reciente interés implicó una gradual difusión de evidencias que develaron la relación del género con los problemas de salud de hombres y mujeres, así como la incorporación y utilización de algunos conceptos como: género, masculinidades o identidades de género; a modo de categorías de análisis útiles e indispensables para la toma de decisiones, creación, ejecución de los programas y planes en los sistemas y servicios de salud. (9) Ese contexto científico constituye, a criterio de la autora, el paso primario en la búsqueda de espacios de salud equitativos en términos de género. La ausencia de esas consideraciones en el desarrollo de políticas, tiene repercusiones adversas, no solo para el logro de la equidad y la igualdad, sino también sobre la efectividad, la eficiencia y la sostenibilidad de las intervenciones o programas que de estas se derivan. (9)(10)

Entre esas consecuencias se inscribe la falta de identificación de los hombres con las acciones diseñadas para la atención en los servicios de SSR. Al respecto, la investigación científica ha evidenciado que ese comportamiento masculino está altamente vinculado a la manera en que los hombres construyen su identidad con relación al sexo biológicamente asignado. La representación y asunción de una masculinidad hegemónica cargada de patrones propios de las sociedades patriarcales, aleja al desempeño masculino de la función reproductiva, otorgándole esa responsabilidad a la mujer. (4) (11) (12)

SegúnConnell R (1998), el modelo hegemónico de masculinidad se caracteriza fundamentalmente por legitimar la situación de subordinación de la mujer y la superioridad del hombre. La conducta resultante por adjudicarse ese modelo como referente, se caracteriza en los hombres, entre otros elementos, por atributos negativos (dureza, agresividad, exposición a riesgos, represión de emociones), positivos (fuerza, dar protección, decisión, coraje) y controvertidos (individualismo, competitividad, practicidad, racionalidad), y aboca a desigualdades de poder, que finalmente se traducen en desigualdades en salud. (13) (14)

Una corriente de pensamiento relativamente joven, interesada en explicar cómo esas construcciones sobre lo masculino impactan en la dinámica social, son los llamados estudios sobre masculinidades. Entiéndase como masculinidad “el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada”; es decir, esa representación social del género varía en dependencia del contexto cultural donde se conciba, por ello no puede hacerse referencia a una sola masculinidad sino a las masculinidades. (13) (15)

En esta forma de socialización las supuestas ventajas para el varón, con el tiempo y su agudización, se pueden ir transformando en costo para su salud, la de las mujeres y la de otros hombres. (13) (15)

Los sujetos socializados como “hombres” bajo las concepciones de la hombría o masculinidad hegemónica, no sólo llegan a desconocerse en tanto sujetos genéricos (al asumir que sus características adquiridas como “hombres” y “masculinas” son producto de su “naturaleza”) sino que también llegan a silenciar o “perder contacto” con las dimensiones de la experiencia personal que, por ser consideradas “femeninas”, son reprimidas en el proceso de socialización. (16)(17) Siguiendo la idea descrita sobre la relación entre hombres y SSR, las evidencias científicas anteriormente acotadas, demuestran cómo, entender lo masculino y lo femenino en materia de sexualidad representa una necesidad indispensable por su posible influencia en la salud de las personas, grupos y poblaciones, y destinar los servicios en función de esas diferencias resulta imprescindible para la garantía de la equidad. Lo que ocurre en cuanto a los comportamientos en SSR, como parte de los procesos de socialización de las masculinidades, tiene su raíz histórica en la relación sexualidad-reproducción, pues como tendencia sociocultural se asocia la sexualidad con funciones reproductivas y en esos procesos reproductivos se entiende a las mujeres como responsables exclusivas, y por ende los hombres quedan excluidos. (17)

Indagar en la perspectiva de los varones sobre su sexualidad ha sido reconocido como una necesidad urgente en la disminución del riesgo reproductivo, pero la producción científica no es suficiente, aunque desde las ciencias sociales y de la salud contamos con importantes investigaciones. (4)

La mayoría de estos estudios advierten que las necesidades de información y consejería de los hombres no se suelen tomar en cuenta en la provisión de estos servicios y generalmente son dirigidos a las mujeres, las que acuden en mayor medida. También se han estudiado a los hombres desde una perspectiva de déficit en cuanto a la participación en la atención a la salud sexual, en lugar de aproximarse a la identificación y atención pertinente a las necesidades masculinas sentidas. (7)

Los estudios también han hecho énfasis en la escasez de servicios y programas orientados a las expectativas del género masculino, a la baja participación de los hombres en los mismos, la poca capacitación como usuarios, y a la carencia de personal idóneo para brindar servicios con sensibilidad de género. También han estado encaminados a describir los servicios existentes en busca de posibles inequidades y exponer los factores causantes de las mismas; generalmente desde la perspectiva del prestador de servicio y no de sus usuarios. (18)(19)

Esa diversidad de criterios en un reducido número de evidencias denota las diferentes opiniones sobre hacia dónde debe enfocarse el objetivo principal de esos servicios. Para algunos, consiste en atender a las necesidades particulares de los hombres; para otros, en fomentar, con la ayuda de los hombres, la salud reproductiva de la mujer. (11)

Una estrategia poco utilizada con el fin de lograr la inclusión de los hombres a los servicios de planificación familiar específicamente, ha sido diseñar espacios exclusivos para ellos. Esta táctica cuenta con algunos detractores que alegan que con esta exclusividad se pierden oportunidades para mejorar la comunicación y la toma de decisiones conjuntas entre los hombres y sus compañeras sentimentales, sexuales. (11)

Independientemente de que los servicios se mantengan separados o se integren, siguen siendo objeto de debate los componentes clave a incorporar en los programas de salud reproductiva para responder a las necesidades específicas de los hombres. La búsqueda de mecanismos para lograr la activa participación masculina a través de procesos de atención que posibiliten la asistencia de hombres y mujeres por igual es, a consideración de la autora, la elección más pertinente, siempre, teniendo en cuenta el contexto donde se planifica brindar estos servicios, sin obviar las necesidades de sus usuarios desde el diseño de los programas y protocolos de dichos espacios.

Cuba, a pesar de contar con un Sistema Nacional de Salud (SNS) universal, gratuito y accesible no está exenta de esta problemática. Una de las limitaciones de los servicios SSR es precisamente la poca participación masculina, a pesar de contar con programas donde se declara como población meta a hombres y mujeres por igual. (7)

En nuestro país se presta especial atención a la salud reproductiva, sus principales indicadores respaldan el lugar destacado de la salud pública cubana a escala mundial. Los servicios de SSR están concebidos para comenzar en la llamada etapa preconcepcional, es por ello, que entre los numerosos subprogramas incluidos en el Programa de atención materno-infantil (PAMI), adquiere relevancia el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo. Ese documento cuenta con suficiente tiempo de establecido e instrumentado, pero aún existen deficiencias en su aplicación. En no pocas ocasiones las mujeres llegan al embarazo en condiciones de riesgo, además el programa no cuenta con elementos que motiven la participación masculina desde la satisfacción de sus necesidades, pues se enfoca más hacia la atención al aspecto reproductivo con el cual la población cubana identifica más a la mujer. (2) (20)

La situación descrita anteriormente denota la necesidad urgente de servicios más inclusivos; diseñados con enfoque de género, que satisfagan las necesidades de género en SSR. A criterio de la autora, una solución es posible mediante investigaciones científicas que definan las necesidades relativas a la SSR de hombres y mujeres donde la identidad genérica, el contexto y las representaciones socioculturales sobre los procesos y fenómenos, sean descritas y se conciban como pilares al momento del diseño de servicios SSR, como es el caso de la consulta de planificación familiar.

Lo planteado hasta aquí constituye la justificación para la realización de una investigación que responda a las siguientes interrogantes científicas:

- ¿Cuáles son las necesidades de atención a la SSR de los hombres contempladas en el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo?
- ¿Qué necesidades de atención tienen los hombres que asisten a la Consulta de Planificación Familiar?
- ¿Cuál es la correspondencia entre la atención que brindan las(os) prestadores en la Consulta de Planificación Familiar y las necesidades de atención de sus usuarios hombres?

Para dar respuesta a dichas interrogantes se hará necesario dar cumplimiento a los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo general

Identificar las necesidades de atención relativas a salud sexual y reproductiva de los hombres y su satisfacción, en el servicio de planificación familiar del Policlínico Docente “Antonio Maceo”.

Objetivos específicos

1. Identificar en el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo la contemplación de las necesidades de atención relativas a salud sexual y reproductiva de los hombres.
2. Identificar las necesidades de atención de los hombres que asisten al servicio de planificación familiar.
3. Identificar la correspondencia entre la atención que brindan las/los prestadoras/es de la Consulta de Planificación Familiar con las necesidades de sus usuarios hombres.

Los resultados obtenidos serán de utilidad para la toma de decisiones a favor de crear o transformar servicios de salud sexual y reproductiva en consonancia con las necesidades propias de varones y mujeres, posibilitando contar con un servicio verdaderamente inclusivo de las identidades genéricas.

La identificación y satisfacción de las necesidades masculinas, relacionadas con su salud sexual y reproductiva, es un reto permanente para el SNS cubano. La incorporación activa y participativa de los hombres a la planificación familiar, significará la adopción de nuevos mecanismos de atención en función de las nuevas problemáticas de salud de esos usuarios.

En cuanto a la constitución y organización del servicio, al identificar necesidades de atención se requerirá reajustar la esencia del programa guía de la planificación familiar, las competencias de quienes lo diseñan e implementan; así como controlar estas estrategias utilizando en esa tarea, metodologías diseñadas para evaluaciones con perspectiva de género o evoluciones sensibles al género. En otras palabras, este trabajo representa la culminación de una etapa y el inicio de otra donde el aspecto social moldeará las decisiones en salud.

MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta un recorrido por los posicionamientos teóricos realizados en el mundo sobre género y la relación de esta categoría con la planificación familiar, además de citar algunas experiencias concretas sobre la participación de los hombres en los servicios de SSR.

Capítulo 1. Consideraciones teóricas para el estudio del género y su aplicación en el campo de la salud

El género se refiere a los conceptos sociales sobre las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Dichas atribuciones sociales pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen, sistemáticamente, a uno de los dos grupos. (21)

Esta categoría se produce a partir de la interacción humana devenida en la conformación de una identidad colectiva y trasciende e impacta otras entidades sociales. Su abordaje desde las ciencias sociales nació de la intención de clasificar las diferencias entre hombre y mujer, en un periodo donde los debates científicos y sociales cuestionaban la división sexual más allá de las explicaciones biologiscistas, y la explicación cultural primaba en la interpretación de las identidades de las personas.

El enfoque de género en las investigaciones surge desde dos procesos, uno desde las transformaciones de carácter social y otro relacionado con la evolución del pensamiento científico. Aportes desde ciencias como la Antropología y la Psicología, fueron significativos para el progreso del aspecto teórico en este tipo de estudios, como pioneros se encuentran los trabajos de la antropóloga Margaret Mead, en Nueva Guinea donde encontró que esas sociedades estudiadas tenían características particulares en su organización social que producían relaciones entre mujeres y hombres diferentes a las occidentales. Ese análisis cuestionaba el carácter natural de la situación de la mujer en las sociedades definidas como modernas. (22)

Desde la psicología, John Money realizó la separación teórica de los conceptos sexo y género. Al primero le otorgó propiedades biológicas y reservó para el segundo la influencia cultural, fundamentalmente la educativa, en la formación de la identidad sexual y para nombrar un conjunto de conductas referidas a la mujer y otras a los hombres. (22)

Robert Stoller, siguiendo la línea de pensamiento desarrollada por Money explica la imposibilidad de clasificar a algunos individuos como hembras o machos por su dimorfismo sexual y otros que morfológicamente estaban bien definidos sexualmente, pero no se sentían bien con su cuerpo. Estos análisis significaron un importante paso hacia la comprensión de que los procesos de la sexualidad no son exclusivamente biológicos, el componente social influye de manera significativa, aunque en ese momento, la idea que prevalecía era totalmente biologista. (22)

La transformación del pensamiento social en cuanto al abordaje de género se consolida con la corriente feminista, la cual representó una escuela de pensamiento que legitimó un discurso y práctica en pro de la igualdad entre los sexos, develó el androcentrismo del pensamiento social a partir de una fuerte demanda por la eliminación de la explotación de la mujer. Entre los años 60 y 70 del pasado siglo, se da la tercera ola feminista, de la cual parten los estudios de género, aunque los estudios sobre las mujeres son anteriores al nacimiento y desarrollo de la teoría de género como tal. (24)

El feminismo no era nuevo en Occidente. Estaban todavía presentes en la memoria histórica de las luchas de fines del siglo XIX y comienzos del XX de feministas y socialistas que, en muchos países, coincidieron en la demanda y obtención de los derechos ciudadanos. Específicamente, entre la década del 70 y principios de los 80 comienza a desarrollarse como una corriente en la que convergen diferentes disciplinas centrándose en el estudio de la mujer. (25)

El feminismo nace con el intento de romper con los ideales y prácticas machistas que reinan en las relaciones intrafamiliares. Una cuestión altamente criticada por esta corriente, es el considerar a la mujer responsable de la función reproductora, educadora de los hijos, y encargada del hogar y de la vida doméstica, mientras que el hombre se le sitúa como el encargado del orden familiar. Hombre se concebía como un ser cargado de autoridad, una figura paterna desprovista de afecto, cariño, comprensión en la relación con los demás familiares. Esa representación de lo masculino es la principal causa de la subordinación femenina y dicha situación es el centro de las demandas feministas, las que consideran absolutamente necesaria la equidad al interior de la familia, la participación del padre en la crianza de los hijos(as) y la participación e incorporación de la mujer en la esfera pública. (26)

Como abundante se puede catalogar a la bibliografía feminista, y sin dudas la producción científica de esta corriente persigue como objeto, el estudio sistemático de la condición de las mujeres, su papel en la sociedad humana y las vías para lograr su emancipación. (26)

Es necesario destacar que el feminismo no es solamente una corriente de pensamiento, su devenir no se limita a la construcción de teorías para la búsqueda de la igualdad sexual; es también, un movimiento social, una escuela política eco de demandas sociales, políticas culturales, características de las generaciones actuales. Por esta razón, es que ofrece gran variedad de información y aportes importantes a la teoría social; un ejemplo es la construcción y utilización de conceptos como patriarcado, para denotar las relaciones de subordinación de las mujeres, en una organización social donde el hombre es la autoridad indiscutible e incuestionable. (27)

Esta corriente de pensamiento contribuyó y direccionó los estudios sociales hacia la defensa de una posición donde la mujer debe ser tomada en cuenta a nivel social y el hombre debe ser visto más allá de su "posición de superioridad". Esta nueva conciencia ha transformado valores y posiciones asumidas históricamente; del mismo modo que las mujeres participan en la esfera pública, los hombres recuperan esferas de la vida privada. (27)

Con el desarrollo de las teorías de género, fue necesario estudiar al hombre en su devenir social. Esta nueva problemática es denominada estudios sobre "masculinidades", los cuales, comienzan a entender a hombres y mujeres como víctimas de la cultura patriarcal, revolucionando las concepciones que hasta ese momento se manejaban en la comunidad científica. Un análisis más detallado será expuesto en epígrafes posteriores.

En el campo de la salud, la introducción del concepto género parte de la premisa de que las situaciones de salud de mujeres y hombres pueden ser similares pero no iguales, por tal motivo disminuir los problemas de salud de las poblaciones depende de que sus causas, consecuencias y posibles soluciones se formulen y ejecuten desde la perspectiva de género. Ese enfoque propone y permite el análisis profundo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, con el fin de esclarecer las diferencias e inequidades en salud que están vinculadas al género. (12) (28)

Una limitante de las investigaciones en salud con perspectiva de género es la escasez de marcos teóricos que respalden la temática, lo que se traduce en un conocimiento deficitario del fenómeno de estudio, situación con consecuencias graves en el planteamiento de la pregunta/objetivo/hipótesis de investigación, y por ende en la delimitación del método para resolverla. (12)

Con el paulatino desarrollo de la temática de género en el campo de la salud, han aparecido nuevos retos, obstáculos devenidos en lecciones aprendidas, además esta evolución ha permitido identificar cuestiones que siguen precisando de una profundización en aras de mejorar el proceso investigativo. (12)

Ejemplo, aún existe la creencia de que cuando hablamos de género, esta es solo una nueva terminología para referirnos a salud de las mujeres. Debido a esta raíz histórica es que actualmente existen más desarrollos con pretendida perspectiva de género, relativos a la salud de las mujeres que a las problemáticas masculinas. En muchos países, el tema del género ha sido reducido al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad y mortalidad de la mujer y en el mejor de los casos, a la descripción de diferenciales de la salud de la mujer con respecto al varón. (5) (23)

En cuanto a la atención en salud, en el estudio de temas como el acceso y participación de hombres y mujeres a los servicios sanitarios, el tema género adquiere relevancia. Ese enfoque, aplicado al análisis del proceso salud-enfermedad, describe cómo los factores sociales impactan en la salud de las poblaciones y en la manera en que las personas perciben sus padecimientos y las posibles soluciones a estos. En otras palabras, si se piensa con perspectiva de género, no se puede pretender que los problemas de salud de hombres y mujeres son los mismos; entonces los sistemas y servicios en ese sector no deben planificarse en función a la enfermedad sino hacia la satisfacción de las necesidades de hombres y mujeres para el logro y mantenimiento de la salud. (5)

La aplicación de los resultados de investigaciones sobre género en los servicios de salud, a criterio de la autora, es una necesidad urgente, en tanto la desigualdad social entre hombres y mujeres implique un daño para la salud de la población.

No son muchas las experiencias que introduzcan el género como base o perspectiva en la creación de los planes y políticas del sector. La identificación de necesidades masculinas y femeninas, por ejemplo, se toma en cuenta para su posterior satisfacción; pero no se ven reflejados en acción y por tanto no surten efecto en la vida cotidiana de las personas, acción que dificulta brindar servicios de salud verdaderamente equitativos. (29)

Una propuesta realizada por organizaciones internacionales como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS en los últimos años, es la aplicación de la transversalización de género como una estrategia para transformar sistemas, con el fin de lograr la igualdad y equidad de género. Esta táctica es un proceso a la vez técnico y político, que tiene como objetivo hacer de las preocupaciones y experiencias, tanto de mujeres como de varones, una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todas las esferas sociales, de modo que mujeres y hombres se beneficien equitativamente. (29)

En el caso del sector salud, la OPS/OMS plantea dentro de este proceso de transversalización de género cuatro líneas estratégicas donde en la primera propone. (29)

- Integrar género en la definición del paquete universal de servicios integrales.
- Asegurar abordajes que respondan al género en los modelos de atención.
- Definir y diseñar las competencias en género y salud para los trabajadores de salud.

Se observa un marcado interés con esta estrategia en garantizar servicios de salud con calidad a toda la población de forma equitativa, a partir del diseño de planes, programas o políticas de salud donde se incorpore el género como un enfoque indispensable en la eliminación de las inequidades en salud. Situación favorable para la incorporación de las necesidades e intereses específicos de mujeres y hombres en los modelos, normas, guías y pautas en la atención a la salud sexual y reproductiva. (29) (30)

Otra propuesta de los estudios de género en salud, es precisamente evaluar los servicios identificando sensibilidad de género en el diseño y ejecución de sus políticas. Entiéndase sensibilidad de género como el grado en que los planes,

programas, protocolos de los sistemas y servicios de salud tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a éste. (31)

Este mecanismo es descrito como una evaluación con perspectiva de género o evaluaciones sensibles al género aplicable a cualquier servicio de salud con el cual se propone determinar las implicaciones que tiene para hombres y mujeres las acciones planeadas. (31)

La perspectiva de género comienza a utilizarse en evaluación a finales de la década de los noventa. Resultado del efecto de su reconocimiento como enfoque de análisis y trabajo en la Conferencia de Beijing. Desde entonces, ha estado presente en la evaluación de intervenciones con un claro componente de género, políticas de transversalidad o políticas de empoderamiento, ha constituido la base de la evaluación de impacto de género desarrollada en los últimos años y que analiza toda clase de actuaciones. (32)

Las diferentes experiencias en género han puesto de manifiesto que la evaluación constituye una herramienta fundamental para asegurar que la perspectiva de género no se evapore en el proceso de implementación de políticas o programas de salud; así como para extraer conclusiones que impulsen la mejora continua de las intervenciones y la rendición de cuentas en materia de género. En concreto, la evaluación sensible al género, frente a otros modelos de evaluación predominantes caracterizados por su "ceguera al género" (expresión proviene de la expresión "gender-blindness", referida a la falta de atención y análisis de las causas estructurales de la desigualdad existente entre mujeres y hombres), constituye un instrumento clave para medir las transformaciones en las relaciones de género; impulsar en mayor y mejor modo la igualdad entre hombres y mujeres; y, de este modo, brindar servicios de salud con calidad. (32)(33)

La evaluación sensible al género en tanto busca conocer las causas estructurales de la desigualdad entre mujeres y hombres, se apoya en el análisis de género como marco analítico de referencia. (28) (33)

Las dimensiones de la evaluación sensible al género son: la división sexual del trabajo y los diferentes roles de género; la participación de las mujeres y los hombres en espacios públicos y privados; el control del uso del cuerpo de mujeres; las necesidades prácticas y estratégicas de género; los distintos usos del tiempo de mujeres y hombres; y el desigual acceso y control sobre los recursos, beneficios y servicios por parte de mujeres y de hombres. (34) (35)

En Cuba, aunque la experiencia evaluación sensible al género pareciera no haberse aplicado (inferencia de la autora debido a la falta de publicaciones nacionales relativas a la sensibilidad de género) existen importantes aportes teóricos-metodológicos para guiar procesos evaluativos en los sistemas y servicios de salud desde la perspectiva de género.

A decir de Artiles L y Alfonso A (2011), la realización de intervenciones concretas para lograr la satisfacción de las necesidades de salud de hombres y mujeres, es el paso fundamental en la identificación de las carencias relacionadas con la construcción sociocultural del género o situaciones que se identifican como obstáculos o problemas al momento de diseñar y brindar servicios verdaderamente inclusivos. (28)

Siguiendo esa línea de pensamiento, estas autoras proponen la realización de abordajes de género o identificar las necesidades de género como una herramienta en la evaluación de planes, políticas y programas de salud. La metodología para este tipo de intervención requiere de la: (28)

- Identificación de necesidades de género
- Planificación de los servicios según necesidades de género
- Asignación diferenciada de recursos para la atención según las necesidades de salud de hombres y mujeres

Sin dudas, la identificación y satisfacción de necesidades de género están presentes en cada una de las propuestas realizadas como metodología a seguir para el logro de servicios de salud equitativos y justos. La utilización en la presente investigación de conceptos como necesidades de atención de hombres y mujeres o planificación de servicio según necesidades de género, se debe a la impronta que representan las investigaciones mencionadas para la autora y para la realización del trabajo de tesis en general.

1.1. La perspectiva de género en los planes, programas y políticas relativos a la salud sexual y reproductiva

Como se mencionó anteriormente, la introducción del estudio del género como categoría de análisis devino en la detección de situaciones de salud diferentes para hombres y mujeres. La incorporación del enfoque mencionado en el pensamiento salubrista conlleva a que la Salud Pública no se limite a contribuir en desvelar las desigualdades de género, sino que desde sus funciones de promover, promocionar y mantener la salud de las poblaciones ha de impulsar y colaborar activamente con la transversalización de género, porque sólo así se podrá avanzar en la consecución de la equidad entre mujeres y hombres e impulsar tendencias de cambio social. (12)

Lo expuesto permite evidenciar que la perspectiva de género es una mirada en salud que no se caracteriza por agregar un nuevo objeto al campo de trabajo, sino por incorporar una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades de la salud de mujeres y varones, desde una perspectiva de ciudadanía y derechos. (5)

La perspectiva de género fue crucial en la construcción del concepto de salud sexual y reproductiva y en la delimitación de los derechos reproductivos en los lineamientos de políticas que se desarrollaron a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en la ciudad de El Cairo. Con la inclusión del género en los programas de los organismos internacionales de cooperación, se incentiva a que los proyectos que aspiran y/o incluyan las ayudas brindadas por organizaciones internacionales como OPS/OMS o PNUD, deban incorporar esta perspectiva como eje en su desarrollo. (5)(8)

La incorporación del género como enfoque en los planes, programas y políticas de salud devino en un avance hacia su transversalización como una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que puedan beneficiarse de estas acciones y no se perpetúe la desigualdad. (27)

Ese proceso requiere de compromiso político intersectorial con el cambio, capacidad técnica para instrumentarlo, infraestructura institucional para apoyarlo, recursos financieros para sufragarlo, mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo para hacerlo realidad. (10)

Concretar políticas públicas verdaderamente equitativas, exige, según la literatura científica, tomar en cuenta los niveles en que la diferencia entre los géneros se transforma en inequidad en salud y una vez identificados incluirlos en el diseño de estrategias transversalizadas por la perspectiva de género. (5)

A decir de Tajer D (2012), estos seis niveles son indispensables en la formulación: (5)

La distribución de riesgos y revelamiento de necesidades en salud. Se refiere a la identificación de los factores de riesgo para las diferentes enfermedades según su prevalencia en un sexo u otro, así como la determinación para responder equitativamente a las necesidades en salud diferenciadas según sexo, identidades de género, orientación sexual.

Mecanismos y modelos de atención, los que pueden calificarse en tres escalas: insensibles (planes no desagregados por sexo ni toman las diferencias e injusticias de las relaciones de poder y roles entre los géneros en la determinación del proceso salud-enfermedad-atención). Conscientes de la dimensión de género (consideran la dimensión género, pero no desarrollan las acciones o intervenciones para cambiarlos). Género transformadores (reconocen y tratan activamente de cambiar estas injusticias).

El tercer nivel está relacionado con el *tipo de cobertura y financiamiento.* Se refiere a la relación entre el presupuesto asignado a la prestación de salud y el impacto diferencial en la salud de las poblaciones según accesibilidad por género.

Los costes de género de los cuidados de la salud representa el cuarto nivel y se presentan en dos componentes: la producción institucional de los cuidados de salud (distribución y composición por género de los/las trabajadores/as del sector salud y su impacto en las condiciones de trabajo y en las prácticas en el sector) y la producción doméstica de los cuidados de salud (identificar la distribución por género de los cuidados en el hogar y destacar la importancia de su visibilización).

La necesidad de tomar en cuenta en el diseño de políticas de salud, la transformación de la dinámica familiar y la influencia de ese cambio en el cuidado de las personas enfermas en el hogar. Ese interés se inscribe como el quinto nivel: *evolución de los tipos de familia y la relación con el sistema sanitario*.

La gestión y la toma de decisiones transversalizadas por el género, es el pilar fundamental de todos los niveles expuestos anteriormente; ya que no se puede pensar en políticas de salud con perspectiva de género como una estrategia aislada o como una intención, debe concretarse en acción, resultados de la disposición de organizaciones igualmente sensibilizadas con esa perspectiva.

Cabe destacar que la sociedad civil juega un rol central en este proceso, constituye la fuerza motora para instalar el tema en la agenda política, exigir su cumplimiento y convertir en hechos la equidad en todo sector social. (36)

1.1.2. Planes, programas y políticas de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género en América Latina y el Caribe

El desarrollo del análisis y las acciones dirigidas a promover la igualdad de género a través de políticas y programas, se ha fundamentado teóricamente en un número de marcos conceptuales elaborados en países del norte y del sur. Entre estos marcos se destacan los trabajos: *“Igualdad y empoderamiento”* (1997); *“Planificación de género”* (1991), *“Matriz de análisis de género”* (1996); *“Relaciones sociales”* (1998). (37) (38) (39) (40)

Estos marcos tienden a coincidir en cuanto a la necesidad de identificar las diferencias de género alrededor de los roles, el acceso y el control sobre los recursos, y las necesidades particulares de hombres y mujeres. Difieren, sin embargo, en cuanto al énfasis asignado a cada uno de estos componentes, a la interpretación causal de las diferencias por sexo en áreas específicas y, a la relación del análisis con objetivos políticos y programáticos (por ejemplo, de eficiencia, equidad, o empoderamiento). (30)

En la región latinoamericana, los planes, políticas y programas de salud se diseñan o ejecutan de acuerdo a las características propias de esta área. Específicamente, la salud sexual y reproductiva es un componente altamente afectado por las desigualdades de género. De acuerdo con el Informe sobre desarrollo humano, América Latina figura entre los territorios más afectados en materia de equidad en la atención. (41)

La mortalidad materna, por ejemplo, es un indicador sensible a la exclusión social, expresa la falta de condiciones para acudir a los centros de atención en salud, así como los factores culturales y razones de género que impiden el acceso a los recursos de salud. (42)

También se pueden incluir tres problemas de salud que requieren abordaje integral tomando como eje transversal la perspectiva de género, pues representan daños graves a la SSR de hombres y mujeres: riesgos de transmisión de VIH y otras ITS, acceso a recursos de salud sexual y reproductiva, y los riesgos de violencia sexual. (30)

En el marco jurídico también existen obstáculos legales para el acceso a determinados métodos anticonceptivos, como el anticonceptivo de emergencia, al igual que al acceso a la información y a una educación integral en sexualidad. Hay ausencia de servicios de atención en salud sexual y reproductiva adecuados a las necesidades de los hombres y en los que se promueva su corresponsabilidad en esta materia. (30)

Los datos expuestos tienen un sustrato cultural fuerte, este determina comportamientos en las personas, favorecedores del aumento o mantenimiento de las situaciones descritas en la región. La cultura latinoamericana es generalmente visualizada como una en la que persisten concepciones de la sexualidad ancladas en las desigualdades de género y en la doble moral sexual, como el hecho de que la mujer debe casarse virgen, la afirmación sobre la mayor necesidad sexual de los varones respecto a las mujeres o la propuesta de que el sexo debe ser para tener hijos. (11) (12)

En América Latina y el Caribe se impone la creación y ejecución de estrategias para la SSR de la población que partan desde de los principios de igualdad, dignidad, no discriminación, reconocimiento y valoración de las diferencias, justicia y libertad, que nos aportan los enfoques de derechos humanos, género, diversidades, determinantes de la salud, interculturalidad, curso de vida y el de participación ciudadana. (30)

En cuanto a la planificación familiar, la literatura científica expone que ciertos programas se han centrado en una eficiencia demográfica, lo cual, ligado a un excesivo autoritarismo en la relación entre proveedor de servicios y cliente, resulta en una participación desigual en el espacio de la regulación de la fecundidad. Son pocos los estudios que teorizan sobre la influencia de los proveedores de servicios de salud en la negociación entre hombres y mujeres, previa a la selección de un anticonceptivo determinado, a pesar de que dichos agentes institucionales tienen un papel central en algunos contextos Latinoamericanos.(43)(44)

A continuación se expone, a modo de ejemplo, una norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, la cual se basa en la perspectiva de género como marco conceptual para el diseño del plan.

La República de Chile es considerada un país de ingreso alto y en vías de desarrollo. Sus más de 18 millones de habitantes promedian índices de calidad de vida, crecimiento económico, desarrollo humano, globalización y PIB per cápita que se encuentran entre los más altos de América Latina. (45)

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) no ofrece un programa concreto para la salud sexual y reproductiva o la atención en planificación familiar. Esas orientaciones se regulan mediante el Decreto Ley: “Normas Nacionales de Control de la Fertilidad” (2010), en ese documento en donde se actualizan las prácticas que deben seguir los/las funcionarios/as de salud en materia de anticoncepción. (46) (47)

Sin embargo, la página web oficial del MINSAL , ofrece en la sección dedicada al programa de SSR, cuatro guías para la prestación de servicios en materia de SSR: *Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas (2011)*, *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo (2008)*, *Planificación familiar (2007)* y *Orientaciones técnicas para el manejo de infertilidad de baja complejidad (2013)*. (48)

Las indicaciones para la atención en planificación familiar se brindan en forma de un manual destinado a los proveedores del mencionado servicio, titulado “Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores” (2007). Su producción no estuvo a cargo de las autoridades chilenas, fue realizada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud, tomando como objetivo central mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y maximizar el acceso de la gente a los mismos. (49)

Ese libro toma la evidencia científica sobre los principales métodos anticonceptivos y la traduce en orientaciones prácticas que reflejan el consenso de los expertos de las organizaciones líderes en el mundo. Con este texto en mano, el/la proveedor/a puede atender con competencia cultural a usuarios con necesidades muy diversas, y ofrecer una amplia gama de métodos con fundamentos científicos sólidos. (49)

El manual sirve de fuente de referencia rápida para trabajadores de la asistencia médica a todo nivel. Es posterior a “The Essentials of Contraceptive Technology” (1997) publicado por el Centro para Programas de Comunicación en la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins en cuanto a su formato y organización. (50)

Para la conformación del manual se reexaminó todo el contenido del Essentials, se obtuvo nueva evidencia, se revisaron las orientaciones donde fue necesario, y se llenaron vacíos. La guía refleja la orientación en planificación familiar desarrollada por la OMS y amplía la cobertura del Essentials: analiza brevemente otras necesidades de las/los usuarios que surgen en el transcurso de la prestación de la planificación familiar. (49)

Entre las necesidades que contempla satisfacer esta estrategia se encuentran (49):

- Cobertura nueva y más completa de métodos más nuevos y más simples basados en el conocimiento de la fertilidad.
- Listados basados en la evidencia de los efectos colaterales descritos, los beneficios sanitarios y los riesgos de la salud de los métodos de planificación familiar.
- Listas actualizadas de los criterios médicos de elegibilidad y una orientación más amplia sobre el manejo de problemas comunes en su uso.
- Las últimas orientaciones en métodos de planificación familiar para personas con VIH.

- Herramientas de comunicación y ayudas para la prestación del servicio.
- Enunciados que corrigen malentendidos frecuentes sobre los métodos de planificación familiar.
- Nuevas secciones sobre adolescentes, hombres, mujeres próximas a la menopausia, salud materna y del recién nacido, cuidados post aborto, violencia contra la mujer, infertilidad y prevención de infecciones.

Entre las acciones planteadas en el manual la atención al hombre es abordada como aspecto fundamental y no precisamente como complemento para la planificación familiar. La sección dedicada a ese objetivo, no está incluida conjuntamente con la de anticonceptivos masculinos o vasectomía, sino en una dedicada a grupos diversos donde también se contempla de manera particular, la atención de adolescentes, mujeres próximas a la menopausia y hombres. (49)

La atención a los hombres se le describe al/la proveedor/a del servicio como necesaria, se le alerta que la información brindada a este grupo puede contribuir a que los hombres tomen mejores decisiones con respecto a su propia salud y también a la de su pareja. (49)

Es válido aclarar que la atención a los hombres no solo incluye a la pareja, también se brinda atención a las individualidades. Esta información se basa en la idea de que independientemente de su situación conyugal, ellos tienen necesidades de salud sexual y reproductiva propias, y merecen recibir un servicio de buena calidad y asesoramiento respetuoso, de apoyo e imparcial. (49)

La atención a los hombres no queda en la simple descripción sobre la importancia de su participación, el manual traduce en acciones concretas, la forma efectiva para garantizar la satisfacción de sus necesidades. Las orientaciones expuestas no solo tributan al acápite dedicado exclusivamente a ellos, durante todo el documento se percibe la transversalización de la temática “atención al hombre” inclusive en aspectos donde la mujer tiene relevancia. (49)

Lo mencionado es visible en acápites dedicados a la infertilidad, por ejemplo, donde el asesoramiento a la mujer, hombre o la pareja, toma en cuenta comportamientos masculinos como determinantes en la adopción de conductas negativas y dañinas para la salud de la pareja. También es abordado de esa forma, en la sección dedicada expresamente, a la violencia contra la mujer. (49)

En general, el éxito de esta estrategia para la prestación del servicio, se ha expresado en la continua reducción de la tasa de mortalidad materna, problema grave en ese país en los años anteriores a la puesta en vigor del mencionado plan. (45)

A pesar de la adopción de esta guía como método para la prestación del servicio y complemento a la Ley que rige la planificación familiar, siguen existiendo embarazos no deseados o no planificados, lo que constituye un grave problema de salud personal, familiar y social. En Chile, el aborto es ilegal y está penalizado, por lo que no hay estadísticas sobre el tema; pero se estima que se producen entre 60 y 150 mil abortos por año. Por otra parte, la elevada tasa de embarazos en adolescentes es uno de los problemas más serios de salud reproductiva y salud pública que debe enfrentar ese país. Estas tasas se derivan de la edad temprana de inicio de actividad sexual, en la mayoría de los casos, sin uso de protección anticonceptiva. (47)

La ejecución de un plan, programa o política de salud con calidad no es la única garantía para el control de determinados problemas de salud o determinadas situaciones en salud que provocan desigualdad de género en la atención. La guía para la planificación familiar descrita, cumple con objetivos específicos como la reducción de la mortalidad materna o el adecuado uso de anticonceptivos por parte de la población chilena, pero no garantiza transformaciones en comportamientos que atentan contra la salud de las personas. No se contempla como mecanismo en la planificación familiar aumentar la identificación y participación de las personas a esos servicios. (51)

Ese problema excede la omisión de una estrategia en el programa mencionado, representa un problema de voluntad política. El gobierno chileno no ha implementado mecanismos de difusión y protección de los derechos sexuales y reproductivos. La ciudadanía, al no conocerlos, no presiona al Estado para que este genere las condiciones que permitan ejercerlos. Los esfuerzos del sector salud, educación y justicia no han sido suficientes para sentar las bases que posibiliten el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso a los servicios integrados, necesarios para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de todas las personas. (47)

1.2. Masculinidades. Contextualización del concepto y tratamiento desde las ciencias sociales y de la salud

1.2.1. Estudios sobre masculinidades

Fuertemente marcadas por la influencia de las teorías feministas, en los años 70 del siglo XX se produjeron en Estados Unidos y en Inglaterra, importantes investigaciones en torno a los varones; trayendo como resultado nuevas concepciones conjuntas e independientes al feminismo, interesadas por el tratamiento casi nulo, hasta ese momento, de las masculinidades. (52) De esta manera, las “masculinidades” se convierten en un campo de estudio atractivo para las ciencias sociales, no solo es necesario el estudio de la mujer, sino que lo masculino es visto también como una función social víctima de la sociedad patriarcal.

Generalmente se habla de masculinidades y no masculinidad, no es posible hablar de una masculinidad única (esa pluralidad tiene un sustrato ideológico igual que en su momento aconteció con los estudios de la mujer y las mujeres); ya que en el proceso de socialización de los hombres se entrelazan diferentes influencias que son determinadas por la sociedad y la cultura social en la que cada uno vive y de las que se pueden mencionar la clase, la religión, la etnia, la residencia urbana o rural y, primordialmente, una serie de influencias dadas por la familia, como la ética y la moral. (53)

Dentro de las ciencias sociales anglosajonas existen tres autores importantes, Robert W. Connell, Michael Kaufman y Michael Kimmel, los cuales son referentes necesarios en los estudios sobre masculinidades.

El antropólogo y sociólogo australiano Robert W. Connell es uno de los estudiosos del tema que ha puesto más énfasis en el estudio de las masculinidades, y desarrolla una tipología sobre las masculinidades: *hegemónica, subordinada, cómplice y marginalizada*. Cada tipo de masculinidad está determinada por tres estructuras sociales esenciales, las relaciones de poder (reproducen el patriarcado que legitima la situación de subordinación de la mujer y la superioridad del hombre), las relaciones de producción (la acumulación de riquezas y la repartición de la misma están determinadas por ideales sexistas que aseguran la primacía de lo masculino en lo público) y la relaciones emocionales que determinan el deseo y la sexualidad. (54) (55)

Sin dudas, las masculinidades son estudiadas desde una visión que va más allá de una identidad biológica, este concepto se relaciona con la constante interacción del individuo con la sociedad. Las masculinidades son eminentemente construcciones sociales producto de las características particulares de una cultura. Concretamente Connell, traduce la complejidad de lo masculino y el reconocimiento de las diferentes formas de ser de un hombre, que evolucionan a través del espacio y del tiempo, tanto a nivel de las culturas como de un mismo individuo. “*Las masculinidades tienen que ver con los estereotipos culturales, conformes a papeles e imágenes, con identidades étnicas o generacionales*”. (56)

Dentro de esta misma línea de reflexión, Kimmel M. (1997) elabora un concepto de masculinidad donde asocia lo masculino con el conjunto de rasgos, actitudes o funciones legitimadas socialmente obligatorias para que el hombre alcance su posición de varón. “*Masculinidad es un conjunto de significados siempre cambiantes, que construimos a través de nuestras relaciones con nosotros mismos, con los otros y con nuestro mundo. Significados que se construyen socialmente*”. (57)

Por tanto ser hombre, responde a patrones sociales que evolucionan como resultado del contexto cultural. Actualmente, a pesar de las transformaciones sociales y del cambio paulatino hacia una equidad genérica, todavía “lo masculino”, es representado como diferente de “lo femenino”.

En lo relativo a la masculinidad como elemento dominante y legitimador de la autoridad masculina, Kaufman M. (2008), refiere que “*el poder colectivo de los hombres no solo radica en instituciones y estructuras abstractas, sino también en formas de interiorizar, individualizar, encarnar y reproducir estas instituciones, estructuras y conceptualizaciones del poder masculino*”. En este sentido, los hombres al identificarse como tales deben suprimir características como la sensibilidad, o la necesidad de demostrar sentimientos y emociones; por tanto “*este poder masculino también puede convertirse en una fuente de enorme dolor*”. (58) (59)

Sin dudas, la mujer ha sufrido por su condición de subordinada a la figura masculina durante siglos, fue y es reducida todavía socialmente al hogar. Pero el hombre, también es víctima de la cultura patriarcal y su esfuerzo por lograr encajar en la norma masculina lo obligan a eximirse de ser realmente quien desea ser.

Esta única existencia de dos polos en lo referente al sexo, hacen del ser humano un sujeto limitado a direccionar socialmente su accionar hacia uno de estos extremos. Desde nuestro nacimiento nos encontramos condicionados a llevar una vida en dependencia del sexo biológico que tenemos.

La búsqueda de una multiplicidad genérica también ha sido tema recurrente dentro de los estudios sobre las masculinidades, particularmente, Benjamín J. (2003), centra su obra en la proposición de superar la imposición de polaridades simplificadas y apostar por la multiplicidad sexual, alterar la polaridad de género es la tarea más urgente para Benjamín, y en este afán, es pertinente, teóricamente, apuntar a esta multiplicidad. (59)

Es hasta la década del 90 cuando este interés llega a Latinoamérica. Se puede afirmar que los estudios sobre masculinidades son una etapa reciente para las ciencias sociales en la región. Teóricamente dichos estudios se han nutrido de corrientes de pensamiento entre las que se destacan el marxismo, el interaccionismo simbólico y la sociología del conocimiento. (60)

Los primeros trabajos tuvieron como objeto develar el machismo en la región, como expresión de identidades y relaciones de género que interactuaban entre sí y prevalecen desde la época de la conquista, y algunos de cuyos rasgos permanecen en la vida social. Estas investigaciones se enfocaron en el fenómeno del machismo, entendido como la obsesión de los varones por el dominio y la virilidad, la posesividad de la propia mujer, la agresión y la jactancia con otros hombres y sus consecuencias negativas para las relaciones padre con su descendencia. (53)

El sociólogo uruguayo Graña F. (1999), hace referencia a dos compilaciones de estudios sobre masculinidades significativos en el continente: una es de Carol C. Gould y la otra le corresponde a Teresa Valdés y José Olavarría. (61) (62)

Actualmente una parte importante de la producción teórica de la masculinidad se compone por los estudios del varón en el ámbito familiar, a partir de concebirlo como un espacio importante de socialización genérica. (63) En este sentido, se parte de concebir al hombre como una figura indispensable en la crianza, educación de los hijos(as), factor esencial en la calidad del embarazo, salud de la mujer e hijo(a) durante la gestación y después del nacimiento de la criatura.

Es posible distinguir diversas líneas de investigación y debate que han permanecido en el tiempo, se han conformado equipos de trabajo posibilitando la colaboración nacional y regional, y se han planteado una cantidad importante de iniciativas esporádicas, dependiendo del interés de algún/a investigador/a, de financiamientos puntuales y, especialmente de tesis de grado y posgrados. (52)

Actualmente se trabaja en lo relacionado a las *identidades masculinas, paternidades, varones jóvenes y adolescentes y la SSR de los hombres*.

Identidades masculinas

Los debates sobre las identidades masculinas tienden a responder ¿cómo los hombres construyen su masculinidad? y ¿cómo se asocia esta con la sexualidad, la reproducción, la paternidad, el trabajo y la violencia?

Dentro de esta corriente, la atención se ha dirigido a los procesos subjetivos, modelos dominantes de masculinidad, y las contradicciones y conflictos que enfrentan los hombres en la vida cotidiana. Destacando cómo esta identidad masculina varía en dependencia del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que se construya. Independiente de la diversidad de formas de asumir y representarse los hombres latinos su masculinidad; se demuestra la existencia de una versión de masculinidad hegemónica en la región, con predominio en las zonas urbanas. (52)

Esta forma dominante es incorporada a través de la subjetividad de hombres y mujeres, lo que posibilita asumirlo como un patrón que regula las relaciones entre las personas. Violar esa norma, no cumplir con los cánones impuestos, representa un suicidio social. El deseo o necesidad de transformar esta identificación impuesta, se convierte en fuente de tensiones, frustraciones y dolor para muchos y muchas.

La inconformidad con la reproducción de un rol impuesto, es abordada con frecuencia en estudios sobre la sexualidad masculina y la influencia que ejerce en la construcción de la identidad de los varones. Importantes aportes se hacen desde la interpretación de las masculinidades, la heterosexualidad y la homosexualidad y se ha consensuado que *“la experiencia*

sexual es el resultado de un complejo conjunto de procesos sociales, culturales e históricos que explican la construcción de la sexualidad y la diversidad de sus manifestaciones". (64)

Paternidades

Las ciencias sociales desde su etapa clásica han tratado a la figura paterna desde una visión androcéntrica, legitimando las formas de exclusión a las que han estado expuestas las mujeres víctimas de la sociedad patriarcal. Fue solo hasta que aparecieron las producciones teóricas y accionar de movimientos feministas, que se hace evidente y necesario el cambio en las ideologías y concepciones que giran alrededor de la sociedad tradicional. El interés sobre las masculinidades como tema de investigación, marca el comienzo de análisis referido al desempeño paterno desde una visión, que cataloga al padre, en su función social víctima de la cultura patriarcal. El desempeño de los padres en la familia se limita a la ejecución de un rol machista que visiblemente trae consecuencias negativas en la crianza de la descendencia, y en la armonía familiar y social.

Es necesario destacar que dentro de la teoría sociológica no es hasta C.C. Harris (1986) que se habla abiertamente sobre la paternidad. En su obra "Familia y Sociedad Industrial" define a la figura del padre como *"el hombre a través del cual se trazan los vínculos de descendencia, el hombre cuya relación reconocida con el hijo establece la pertenencia de este último a una sociedad, el hombre cuya relación reconocida con el hijo establece la pertenencia de este último a un grupo social, o cualquier combinación de todo esto."* (65)

Harris CC., realiza una distinción entre padre biológico y padre social, la misma no se había realizado en ningún momento por parte de científicos anteriores, de ahí la importancia de su obra (65).

En nuestra sociedad, la paternidad implica derechos y deberes que una persona tiene respecto a su descendencia, normalmente en virtud del hecho de ser padre biológico de esa persona. El hombre, en su función de padre, debe seguir determinados requerimientos: la determinación de la paternidad y el comportamiento de los padres, se relaciona intrínsecamente con un conjunto de expectativas que se tejen a partir de su figura. (65)(66)

Las condiciones y transformaciones socioculturales a las que se han sometido los sexos, han hecho que la línea divisoria entre maternidad y paternidad sea más delgada, esto no quiere decir que las funciones que se le atañen tradicionalmente al padre no estén vigentes aún. La sociedad actual continúa exigiendo una figura paterna cada vez más responsable, con participación más activa en la crianza y educación sentimental de los hijos(as), con participación, no solo en el ordenamiento familiar sino también en el desarrollo y equilibrio doméstico. (67) (68)

Estas transformaciones han hecho que el modelo de masculinidad hegemónica no sea aceptado como un patrón adecuado, deviniendo en una crisis de identidad para los hombres. Por una parte, son socializados bajo condiciones y definiciones que los obligan a seguir e incorporar características del ideal masculino que exige la sociedad, por lo tanto, deben reprimir o desconocer rasgos que lo comparen o acerquen a lo femenino y por otra parte siente presión social para que cambien. (68)

La obediencia a las normas que regulan y moldean la figura tradicional del hombre mantienen a muchos alejados de un esfuerzo consciente por desaprender el machismo, a pesar de su inconformidad con el ser presionado a cumplir con las exigencias de la sociedad patriarcal. (67) (68)

Varones jóvenes y adolescentes.

Los estudios sobre varones jóvenes y adolescentes apuntan a conocer cómo estos hombres interpretan sus mundos sociales y culturales, construyen sus identidades y sexualidades, evalúan y se integran en el mundo de los adultos y establecen las relaciones con otros hombres y con las mujeres. (52)

El análisis de las masculinidades en etapas tempranas de la vida ha sido de gran utilidad para comprender como se enraíza y acepta el modelo hegemónico de masculinidad. Son escasos los estudios realizados donde el objeto de estudio sean precisamente los varones adolescentes. A continuación se presentan algunos ejemplos:

De relevante se puede considerar a la investigación hecha por Stern y algunos colaboradores (2007) con el objetivo de comprender cómo la construcción social y la expresión de masculinidad entre los adolescentes y varones jóvenes se articulan con los riesgos para la SSR. (69)(70)

Otra experiencia enriquecedora fue el estudio realizado en Latinoamérica por la Unidad de Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes de la OPS, con la cual se demostró cómo la masculinidad se relaciona con las conductas de riesgo y de esta identificación pueden surgir las diferentes intervenciones. (69)

Acosta y Uribe(2007) con su trabajo “Masculinidad, adolescente y representación social” (70) identificaron las representaciones de un grupo de estudiantes del nivel medio superior sobre la masculinidad. Unos de los resultados obtenidos fue la identificación de una sensible evolución en el terreno de la equidad de género, pero todavía es considerablemente fuerte la referencia a los elementos tradicionales constitutivos de la identidad masculina.

Es escaso el número de investigaciones referidas a esta temática pero las realizadas hasta el momento demuestran que el modelo tradicional de masculinidad representa un riesgo para la SSR de los adolescentes y jóvenes, pues su ejercicio deviene en poca comunicación de pareja y esto a su vez, determina en el uso de los métodos anticonceptivos y de protección durante las relaciones sexuales exponiendo a los y las adolescentes a contraer infecciones de transmisión sexual o el embarazo a edades inapropiadas. (70)

1.2.2. Masculinidades en Cuba

Las masculinidades como tema de investigación en Cuba, es reciente. En la segunda mitad de los noventa se publican los primeros trabajos relacionados a esta materia. Surgen como respuesta e influenciados por las producciones teóricas sobre el tema en América Latina. (71)

En la actualidad, existe un aumento de este tipo estudios, y las temáticas de género no solo se enfocan en los problemas que debe afrontar la mujer en sociedad, el “tema hombre” está tomando centralidad.

Investigaciones de María Teresa Álvarez y Mayda Álvarez han sido catalogadas como pioneras y referencias importantes en el estudio de las masculinidades en nuestro país. Estas autoras orientaron sus trabajos hacia la sexualidad y a la construcción social de la masculinidad. Paulatinamente, estos intereses se han incorporado a las diferentes ciencias sociales como unidad de estudio. Desde la psicología se realizan la mayoría de las investigaciones de este tipo, seguida, en menor medida por la sociología y la antropología. (71) (72)

Por otra parte, los talleres, espacios de debate y reflexión promovidos por la escuela de capacitación de la FMC “Fe del Valle” auspiciados por el Proyecto María Luisa Dolz, han aportado investigaciones como “Masculinidades y violencia en los jóvenes” (2002); “Masculinidades y cultura de paz” (2000-2004) de la Comisión Género y Paz, y del movimiento Cubano por la Paz, respectivamente. (72)

El Centro Juan Marinello, a través del Seminario Permanente Hispano-Cubano de Familia “Identidad Cultural y Cambio Social” ha aportado análisis relativos a esta temática dentro del ámbito familiar. De estas experiencias se convocaron a talleres con trabajadores sociales, estudiantes universitarios, policías, reclusos y dirigentes locales con la idea de debatir sus principales problemáticas, y proponer alternativas de cambio. (72)

Como pionera en los estudios sobre masculinidad se puede considerar a la profesora e investigadora Patricia Ares Muzio con los títulos “Mi familia es así (1990)” donde realiza un análisis sobre la diferencia en los roles paternos y maternos al interior de la familia, utilizando como referente metodológico para la recogida de información, dibujos de menores sobre sus padres. De esta misma investigadora, “Virilidad. ¿Conocemos el costo de ser hombre?” (1996), constituye una interesante publicación donde destaca el rol asignado al hombre como sinónimo de figura “dominante” en el grupo familiar, las características, estereotipos y obligaciones que debe tener y seguir para la construcción y reproducción del mismo. (68)(73)

A partir del estudio del rol paterno como forma de expresión de ese modelo hegemónico de masculinidad surgieron nuevas lecturas sobre ese fenómeno en nuestro país. Investigaciones de Ramón Rivero Pino (2006) sobre la representación social de la paternidad destacan la inexistencia de una definición de rol paterno en nuestro contexto. (74) (75)

Los trabajos promovidos por la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana, contribuyen con el análisis de temas diversos como: “Primipadre” (2009), la “Padrectomía” (2010), los “Padres Custodios” (2012), los cuales, fundamentalmente tratan de buscar aquellos elementos que desmonten el mito de la maternidad abnegada, sacrificada, la

maternidad como única, exclusiva, instintiva, representación de la única persona que puede cuidar bien a un(a) niño(a). (76) (77) (78)

Con la continua producción de investigaciones sobre las masculinidades en Cuba, desde la academia comenzaron a crearse espacios como el Diplomado de género y comunicación, coordinado por la profesora Isabel Moya desde la cátedra “Mirta Aguirre” del Instituto Internacional de Periodismo José Martí y los programas de la Maestría en Estudios de Género de la Cátedra de la Mujer de la Universidad de La Habana, que dirige la doctora Norma Vasallo en los que se ha incorporado esta temática. (72)

Fuera de la capital cubana también se crearon grupos coordinados por la doctora Rosa María Reyes Bravo (profesora de la Universidad de Oriente), siendo uno de los espacios donde se generan debates que han marcado pauta en el análisis de la masculinidad en la región centro-oriental de nuestro país. (72)

En respuesta a las inquietudes y necesidades identificadas a partir de las experiencias obtenidas en estos espacios, en noviembre de 2007 se crea la Red Iberoamericana de Masculinidades. En Cuba, este grupo tiene su representación en la “Cátedra Mirta Aguirre” constituida por egresados de carreras de comunicación social, historia, sociología y antropología. La publicación “Macho, varón masculino. Estudios de Masculinidades en Cuba” (2010) es precisamente el resultado de la actividad de esta Red a una década de creada. (72)

Los estudios realizados sobre las masculinidades desde el sector salud también cuentan con importantes contribuciones, aunque no son cuantiosos los resultados obtenidos. “Percepción y comportamientos de la sexualidad y la reproducción según los hombres” (2004), es un estudio multinacional, diseñado por los investigadores e investigadoras de cuatro países latinoamericanos. (79)

La Escuela Nacional de Salud Pública (Ensap) institución encargada de la formación postgraduada y la investigación en salud, es un apoyo indispensable en la divulgación de resultados de los profesionales que forma. El tema género en salud está representado por profesores dedicados/as al estudio del tema como DraC. Ileana Castañeda Abascal por sus aportes teóricos metodológicos a los estudios de género en salud y la DraC. Zoe Díaz Bernal quien caracterizó la representación sociocultural de la infertilidad y su atención, en parejas infértiles y prestadores de servicios especializados, por mencionar algunas investigaciones relacionadas con el tema en cuestión. (80) (81)

Desde la Ensap se coordina la Red de Género de la Asociación latinoamericana de medicina social (Alames/Cuba) pero no existe grupo, red o cualquier otra estrategia desde la Red o la Ensap que congregue a profesionales interesados/as en el abordaje de las masculinidades en salud. Esa situación no ha impedido el desarrollo de investigaciones con aportes en el tratamiento de las masculinidades; a continuación se enuncian algunas publicaciones.

La ejecución del proyecto “Evaluación de la estrategia multisectorial integrada para la prevención y control del problema de Salud Pública VIH-Sida. Cuba. 2006-2012” y sus sucesivas fases representó una útil contribución de la Ensap al análisis de la identidad y los comportamientos masculinos relacionados y determinantes en la prevención y propagación de la epidemia. (82)

Otra importante contribución es la tesis Vilma Rodríguez. “Programa educativo para modificar conocimientos y actitudes de los hombres en planificación familiar. Sagua La Grande, Villa Clara, 2012-2013”. (83)

1.2.3. Salud sexual y reproductiva masculina

La salud sexual y reproductiva es una temática que se ha abordado en las últimas décadas relacionada con los estudios de género. A pesar de que en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se promovió la equidad de género en todas las esferas de la vida, aún se está pasando por alto el papel influyente que los hombres desempeñan en la SSR de sus familias y parejas sexuales. (8)

En el caso de los hombres se ha encontrado que su participación en los procesos de la salud reproductiva es pobre, lo cual se atribuye por una parte a que los servicios de Planificación Familiar (PF) han centrado su atención en la mujer, y por otra, a la poca disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos masculinos eficaces. (4) (84)

Este es el contexto en el que se inscribe el escaso número de estudios de SSR vinculados a la problemática masculina. Las investigaciones realizadas han estado abocadas al género, desde una perspectiva teórica y general. La literatura ha sido determinante en analizar el impacto que origina la cultura falocéntrica en la construcción de la identidad masculina latinoamericana. Esta relación entre el hombre y su pene va más allá de meras cuestiones sexuales o biológicas. (71) (85)

La genitalización de la sexualidad masculina fija comportamientos que hacen de la actividad sexual el medio necesario para demostrar la asunción del modelo hegemónico de la masculinidad como identidad adoptada. Entonces, la virilidad, la potencia sexual, o el tamaño de los genitales se consideran características propias de lo masculino y al mismo tiempo otorgan poder en las relaciones de pareja, de ahí la importancia que las percepciones masculinas sean consideradas para el diseño de los servicios de SSR; pues es precisamente el varón un componente central en el proceso de toma de decisiones en las relaciones sexuales, lo que está muy interrelacionado con la adopción de métodos anticonceptivos y con la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH. (6) (84)

El sexo se asocia con la posibilidad de satisfacer el deseo y es visto como una reafirmación de la masculinidad ante ellos mismos y para ser mostrada a los otros hombres. (85) (86)

Esta tendencia a estudiar la sexualidad masculina como forma de identificación, condujo al interés científico hacia temas como la fecundidad, planificación familiar y paternidad, tratados desde la perspectiva de género. (87)

Se ha investigado también a hombres que identificándose como heterosexuales mantienen prácticas homosexuales a través de las cuales reafirman su identidad sexual. Unos pocos estudios se han focalizado en la homofobia, el rechazo hacia los varones homosexuales, describiendo las diversas opiniones de varones heterosexuales y sus divergencias. (71)

La premura de la incorporación de los hombres a la planificación familiar, no solo se justifica por la insuficiencia de investigaciones; sino por la influencia de ellos en la salud sexual y reproductiva de la mujer y por los graves daños ocasionados a su propia salud.

Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja. Por tanto, si un objetivo agregado de la planificación familiar y de los programas de salud reproductiva es nutrir un proceso de toma de decisión que involucre a ambos miembros de la pareja y respete su interés, claramente estos programas deben estar informados con mediciones más completas y exactas de las visiones del hombre (como las de la mujer). (85)(87)

Conocer sobre el comportamiento sexual y reproductivo masculino es urgente; pues si se entiende al hombre como un componente indispensable en la toma de decisiones en las relaciones sexuales y de pareja, es posible que sus percepciones sean determinantes en la formulación de políticas de salud, mejora en los servicios de SSR y el logro de una equidad de género a través de estas.

1.2.4. Hombres y planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean, y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. (3)

Según la OMS, la PF posibilita la prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo pues permite espaciarlos o posponerlos, en las mujeres con mayor riesgo de morir, contribuyendo a la disminución de la mortalidad materna. También reduce el número de embarazos no deseados y por ende la realización de abortos. Otros de los beneficios identificados por esta organización, es la prevención de la infección por el VIH/sida y a otras ITS debido a la constante promoción del uso del condón. También se le considera un mecanismo útil para elevar el poder de decisión de la pareja en sus relaciones sexuales. (3)

Las Naciones Unidas reconocen como un derecho humano la planificación familiar. Visto desde ese enfoque, es correcto aseverar que las parejas e individuos tienen derecho a: decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que desean tener, cuando y con qué frecuencia y tener la educación, información y medios para lograrlo; alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la sexualidad y reproducción, libre de discriminación, coacción y violencia. (88)

En los últimos años, los estudios de corte salubrista han revelado que la planificación familiar es un componente esencial en las estrategias de salud, de una forma tan importante, que en la actualidad, ningún programa puede ser considerado completo si no ofrece a todas las parejas el acceso fácil y total a los medios de planificación familiar adecuados. (87)

Con respecto a la investigación enfocada a los servicios de PF, la literatura expresa la existencia limitada de indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de estos espacios, incluso cuando ese tipo de estudios podrían garantizar el incremento de la participación, satisfacción e identificación de las necesidades de sus consumidores. Una de las experiencias de evaluación de ese servicio conocidas en América Latina y el Caribe fue realizada en 1993 por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Ese grupo desarrolló una entrevista de salida simple centrada en conocer el nivel de satisfacción de la usuaria, pero con este instrumento no fueron incluidas las percepciones de los hombres. (89)

La no inserción de los hombres en los servicios de PF es una observación similar realizada por estudios sobre planificación familiar desarrollados en la región. Esta situación, es consecuencia lamentable del modelo de salud reproductiva tradicional que maneja la idea de que la planificación familiar es responsabilidad de la mujer, dejando poco lugar o ninguno para que el hombre participe; aunque según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) el papel de los hombres en la salud sexual y reproductiva nunca ha sido tan reconocido como ahora. (90) (91)

Desde los años setenta, cuando se impulsaron los primeros programas de PF, estaba presente la idea de que los hombres debían participar en el control de la fecundidad, pero las mujeres han sido sujetos privilegiados de la información, los servicios y la promoción de los métodos anticonceptivos y de planificación familiar. Por ello, no es de extrañar que la disminución de las tasas de crecimiento demográfico asociadas al uso de métodos modernos se explique por el creciente número de usuarias, así como los programas de PF se han apoyado en el control de la salud reproductiva de las mujeres y han marginado a los varones de la responsabilidad y los servicios. (92)

Esa marginalización masculina en la PF también está dada por la parcialidad que ejercen los proveedores con respecto a los clientes masculinos, dado que no los invitan a participar ni les proporcionan información precisa, así como tampoco protegen sus derechos a privacidad y confidencialidad. (93)

A partir de la evolución de teorías sobre masculinidades y el interés de organizaciones internacionales por incluir al hombre a los procesos de salud reproductiva, se han trazado disímiles tácticas para lograr ese cometido. Se conocen en la región latinoamericana, excelentes estrategias con las cuales se fomenta la difusión de información sobre planificación familiar por medio de redes informales de comunicación. También se han diseñado alternativas que sugieren captar la atención de los hombres a través de redes ya formadas, mediante la incorporación de información y referencias de planificación familiar en actividades de desarrollo que están fuera del ámbito de la salud, como por ejemplo; los programas de extensión agrícola y protección ambiental. Esta estrategia todavía no se ha expandido a gran escala pero se ha documentado la experiencia en El Salvador y Honduras. (94) (95)

El uso de los métodos anticonceptivos por parte de la población masculina es un aspecto importante igualmente abordado en la literatura científica. Se ha constatado que aunque conozcan sobre métodos anticonceptivos, existe una brecha entre el conocimiento y su uso. También se ha ahondado, sobre todo desde las ciencias sociales, en relación con la esterilización masculina, la vasectomía y los motivos que impulsan a los hombres a ello. (71) (96) (97)

En cuanto a la identificación y satisfacción de las necesidades de las usuarias y usuarios en los servicios de PF, actualmente existen importantes programas que siguen como objeto cubrir esas insuficiencias como estrategia para el logro del acceso universal a los servicios de salud. Un ejemplo actual es Countdown 2015 Europe (98), un proyecto multinacional donde 16 ONGs europeas están centradas en dar respuesta a las necesidades de planificación familiar no cubiertas en los países en desarrollo, con el fin de sensibilizar y de recabar un mayor apoyo político y económico para garantizar el acceso universal a la salud reproductiva y a los servicios de planificación familiar en todo el mundo.

El mecanismo descrito anteriormente, aunque prometedor, adolece de estrategias para satisfacer las necesidades masculinas no cubiertas por la PF, a consideración de la autora, ese manual está dirigido a la atención de la salud reproductiva de la mujer y el tema hombre, solo es tratado en pocas ocasiones haciendo referencia a la necesidad de

incorporarlos a los procesos de PF; pero sin explicar o sugerir cómo hacerlo. En otras palabras, los hombres continúan marginados aún en las estrategias más actuales.

En Cuba, la transformación de políticas y programas de SSR a favor de la inclusión y satisfacción de las necesidades de hombres y mujeres por igual no es una tarea imposible de lograr. Contamos con un Sistema Nacional de Salud (SNS) único respaldado por la voluntad política a favor del completo bienestar del pueblo.

Las políticas de salud reproductiva devenidas del gobierno revolucionario han estado verticalizadas por el respeto a principios básicos del derecho de la familia, la pareja y en específico de la mujer, a decidir el número de hijos(as) y espaciamiento de los mismos. A diferencias de políticas aplicadas en otras regiones, solo interesadas por controlar el crecimiento sostenido de la población. (20) (84)

El actual Programa de planificación familiar en Cuba tiene sus antecedentes en el Programa de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, más tarde Programa de atención integral a la mujer y el niño, control de enfermedades transmisibles y otros. El plan estratégico que regula la PF cuenta con más de 10 años de elaborado, ahí se exponen las directrices para la PF y el riesgo reproductivo desde el enfoque de la salud reproductiva. (20)

El servicio de planificación familiar en Cuba lo brindan especialistas con entrenamiento en lo comunitario y enfoque de trabajo multidisciplinario e integral (ginecobstetra, trabajador/a social, enfermera/o obstétrica además pueden insertarse para interconsultas otros especialistas). Este servicio se presta en la atención primaria de salud.

La ubicación de estas consultas en el área de salud brinda las siguientes ventajas: (2)

- Mayor accesibilidad de la población.
- Mayor empatía con la población.
- Mejor factibilidad en el seguimiento integral de la pareja.
- Mayor eficiencia en el empleo de los recursos en parejas con riesgo reproductivo.
- Presencia de un especialista en MGI que aporta enfoque integral, de riesgo y comunitario.

Estos espacios se han estructurado a nivel de todos los policlínicos, están dotados con métodos eficaces y modernos de regulación de la fecundidad orientados a la atención de los casos con más alto riesgo reproductivo. En estas consultas se brinda una atención especializada en aspectos reproductivos, tanto de anticoncepción como de infertilidad. Como población meta se declara a la pareja. (20)

No alejada de la problemática internacional, se conoce como una de las limitantes del servicio de PF en Cuba la escasa asistencia y participación masculina, a pesar de que en el plan estratégico para la planificación familiar se expone la necesidad de la participación del hombre mediante mayor divulgación, información y educación. (20) (84)

A juicio de la autora, los servicios de planificación familiar no pueden diseñarse desde un enfoque donde lo reproductivo constituya el punto de partida para el desarrollo de la estrategia; las cuestiones de tipo cultural tanto de hombres como de mujeres son determinantes en la disminución del riesgo reproductivo y en la salud sexual y reproductiva de la población en general.

Capítulo 2. Propuesta metodológica para el estudio de las necesidades de atención a los hombres y su satisfacción, en el servicio de planificación familiar

2.1. Método

La investigación consistió en un estudio de carácter descriptivo de corte transversal, realizado en el municipio Cerro, ubicado en la provincia La Habana, durante el período comprendido entre enero 2014 y enero 2015.

Población de estudio y selección de la muestra.

La población objeto de estudio se estructuró en dos grupos (G1 y G2) que permitieron contrastar discursos, percepciones y comportamientos. La muestra para cada grupo se seleccionó a partir de un muestreo no probabilístico “intencional por criterios” de tipo exhaustivo. (98)

El G1 estuvo conformado por prestadoras de salud que cumplieron el siguiente criterio de inclusión:

- Que estuvieran vinculados a los servicios de planificación familiar del policlínico Antonio Maceo.

Este grupo quedó constituido por una médica y una enfermera.

El G2 estuvo constituido por usuarios que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Personas del sexo masculino
- Que residieran en el reparto Antonio Maceo, municipio Cerro.
- Que asistieran a la Consulta de Planificación Familiar en el policlínico Antonio Maceo

La muestra para este grupo quedó conformada por 22 hombres que cumplieron con los criterios de inclusión definidos.

2.2. Técnicas para la obtención de la información

Se emplearon cinco técnicas para recabar los datos 1) revisión de documentos, 2) cuestionario semi estructurado auto administrado, 3) entrevista en profundidad semi-estructurada, 4) observación 5) grupo de discusión. La aplicación en conjunto de estas técnicas, facilitó la detección de la congruencia o discrepancia entre los discursos, las percepciones y los comportamientos. Permitted evidenciar las diferencias entre aquello que se dice y lo que realmente se hace. (99) (100)

1) Revisión de documentos

Con la finalidad de conocer el estado del arte y lo establecido para la atención en planificación familiar se revisó:

- Bibliografía actualizada sobre el tema, lo que quedó reflejado en el marco teórico del documento de tesis.
- Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo elaborado por la Comisión Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo del MINSAP. (20)

Se realizó un análisis de contenido cualitativo al Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo para identificar la contemplación en el mismo de las necesidades de atención relativas a salud sexual y reproductiva de los hombres.

El análisis de contenido cualitativo permitió verificar la presencia de temas, de palabras o de conceptos en un contenido. Es un conjunto de técnicas sistemáticas interpretativas del sentido oculto de los textos. (101)

El análisis de contenido realizado fue de tipo temático. Se realizó tomando como base una unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según los criterios relativos a la teoría que guía la lectura. En otras palabras, permite la identificación y análisis de elementos significativos resultantes de la interpretación del texto. La presencia o ausencia de determinados temas, indicó estructuras de relevancia, valores de referencia y modelos de comportamiento, presentes o subyacentes en el discurso. (102)

Etapas para realizar el análisis de contenido:

- Etapa 1: análisis previo o la lectura del documento. Se procedió a la lectura del Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo identificando mediante ese ejercicio el objeto del análisis. Se desglosó el material en unidades de significación (categorías de análisis) que guiaron la interpretación final.
- Etapa 2: formulación o determinación de las categorías de análisis y elaboración de un instrumento para conducir el análisis de contenido al programa de la atención en planificación familiar.

Sobre estas categorías se construyó el instrumento necesario para la realización de las interpretaciones finales. La confección del instrumento se basó en un instrumento previo, que se empleó para evaluar la sensibilidad de género de planes o políticas sociales en España, dentro de las que están las de salud. (31) (32) Dicho instrumento aportó las interrogantes a las que fueron sometidos los documentos analizados, las que fueron adaptadas a los objetivos de esta investigación.

Etapa 3: interpretaciones finales. A partir de la interrogación a la que se somete el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo se obtuvieron las interpretaciones finales que constituyen parte de los resultados de esta investigación.

2) Cuestionario semi estructurado auto administrado aplicado a hombres usuarios de la CPF (G2)

Este instrumento se construyó con la finalidad de conocer opiniones, actitudes, valoraciones y prácticas de un grupo de usuarios del servicio de planificación familiar. La aplicación de esta herramienta permitió profundizar en las necesidades masculinas en materia de PF de 22 hombres usuarios del servicio. Para la elaboración del cuestionario se utilizó como referencia el instrumento aplicado en la tesis de maestría de Rodríguez V. (2014) (83), adaptado a las características del servicio de salud estudiado y al objetivo de la investigación. El cuestionario fue sometido a una prueba piloto para evaluar su comprensión y factibilidad al aplicársela a cinco hombres identificados por el personal de salud de un consultorio médico, como personas con riesgo preconcepcional, que no asistían a la consulta de planificación familiar, pero que residían en el área de salud del policlínico mencionado.

Con un total de 32 preguntas, fueron explorados los siguientes elementos:

- Características socio demográficas de los hombres: nivel de escolaridad, edad, situación conyugal y ocupación.
- Conocimientos generales sobre la sexualidad: con preguntas que ahondaron en sus conocimientos sobre sexualidad y planificación familiar, además las vías por las que adquirieron dicha información. Uso y conocimientos de métodos anticonceptivos. Edad del inicio de sus relaciones sexuales.
- Primeros acercamientos a la planificación familiar: participación en la planificación familiar. Prácticas orientadas al control de la reproducción. Papel que juegan en la toma de decisiones en relación con la protección durante sus relaciones sexuales y de pareja.
- Conocimientos generales sobre el servicio de planificación familiar: preguntas dirigidas a identificar el conocimiento sobre la existencia de la consulta en el policlínico, opiniones sobre el

funcionamiento de la consulta satisfacción con los servicios que brinda. Motivos por los que asisten o no a dicha consulta. Expectativas que tiene sobre la misma.

3) Entrevistas en profundidad a prestadoras de salud. (G1)

Se elaboró una entrevista semi-estructurada cuyas preguntas fueron confeccionadas a partir de las categorías emergentes del análisis de contenido al Programa de Planificación Familiar y Riego Reproductivo y de la revisión bibliográfica realizada con anterioridad. Dicha entrevista fue validada en cuanto a comprensión y factibilidad, mediante un estudio piloto realizado con la médica y enfermera de un consultorio médico ubicado en el área de salud del policlínico mencionado.

La entrevista a las prestadoras de salud estuvo dirigida a dar salida al objetivo específico número tres. Funcionó como complemento para el análisis de los resultados del cuestionario aplicado al G2, pues una limitante confirmada mediante la revisión de documentos es la insuficiencia de investigaciones dedicadas al estudio de la SSR de los hombres residentes en el área de salud escogida, aspecto determinante en la escasez de explicaciones sobre el comportamiento de los hombres de esa comunidad y sobre su falta de asistencia a la CPF estudiada.

Este grupo estuvo constituido por las dos profesionales de la salud que laboran en la CPF del policlínico Antonio Maceo del municipio Cerro. En esa unidad se entrevistó a la doctora y enfermera.

4) Observación al servicio de planificación familiar (G1)

En la investigación social, la observación deviene en un método de recopilación de información social primaria acerca del objeto estudiado mediante la directa percepción y registro de todos los factores significativos concernientes al propósito de la investigación. La literatura científica describe que esta técnica raras veces se usa como método fundamental de recopilación. Sin embargo, la observación se utiliza junto con otros métodos y sirve a objetivos específicos. (103)

En este caso la observación se realizó como complemento a la entrevista aplicada.

La técnica se aplicó al local habilitado para desarrollar la CPF, justamente en el momento en el que se realiza la entrevista. El instrumento que guió la observación fue estructurado.

La observación realizada fue ajena, abierta y estandarizada. (104)

Ajena: la investigadora realizó la observación

Abierta: la investigadora se identificó como tal, las personas que observa conocían que su conducta estaba siendo observada.

Estandarizada: recogida de datos sobre la base de una guía preestablecida pero no rígida

5) Grupo de discusión (G1 y G2)

Esta técnica permitió recabar información importante sobre las percepciones y conocimientos de los hombres y las valoraciones de los profesionales de la salud que laboran en la CPF, mediante la construcción conjunta de opiniones y concepciones. A través de la aplicación de ese instrumento, un reducido grupo de personas con las características que la investigación establece, debatieron y analizaron diversas opiniones sobre las necesidades de los hombres, y su satisfacción en el servicio de planificación familiar. Esta discusión contribuyó a la triangulación metodológica, así como a relacionar toda la información recogida mediante las otras técnicas utilizadas. Formaron parte del grupo, personas incluidas en la muestra para los grupos 1 y 2, que declararon estar de acuerdo con participar en el ejercicio.

El grupo de discusión tuvo lugar el domingo 31 de noviembre de 2014, participaron 10 personas, ocho hombres pertenecientes al G2 y las dos profesionales del G1.

2.3. Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación fue obligatorio respetar los cuatro principios éticos básicos. Para ello se solicitó el consentimiento previo de los hombres que formaron parte de la muestra, a los cuales se les explicaron los motivos del estudio y la utilidad de su colaboración en el mismo para el alcance de los resultados.

No obstante, en la parte superior de cada instrumento apareció una nota introductoria donde se expusieron los objetivos a alcanzar, la utilidad de la investigación y la importancia de la participación del sujeto encuestado; así como los parámetros éticos que rigen la investigación científica. Por tanto, se dejó claro que ese ejercicio no busca perjudicar desde ningún punto de vista a los participantes, por lo que el equipo de investigación se comprometió a mantener la confidencialidad de los participantes y brindar los resultados obtenidos si fueran solicitados. No existieron juicios de ninguna índole sobre la opinión del participante.

Durante la entrevista y grupo de discusión se utilizaron grabadoras de audio a partir del momento que las/los participantes brindaron su aprobación. El constructo *emic* que emanó del trabajo de campo fue aprovechado por la autora a partir de su interacción con los actores sociales durante el proceso investigativo. Por otra parte, la investigación aportó un producto comprensivo que no es la realidad concreta, sino un constructo descubierto, elaborado bajo el enfoque *etic* o constitutivo a la investigadora, según su formación académica y humana. Sobre ambos constructos se desarrolló la exposición e interpretación de los resultados. Tal es el caso de los constructos necesidades de atención y la correspondencia entre estos y el servicio que se brinda (100).

Capítulo 3. Descripción de los resultados

3.1. Caracterización del municipio Cerro

El municipio Cerro tiene una población de 129.378 habitantes, según censo del año 2013, siendo varones 61.310 y hembras 68.068, para una densidad demográfica de 12 880 habitantes por km². El municipio se encuentra en la parte noroeste de la provincia. Tiene una superficie total de 13,4 km². Sus límites son: al norte con el municipio Plaza de la Revolución y Centro Habana, al este con Habana Vieja y Diez de Octubre, al Sur con Boyeros y al Este con Marianao. (105) (106)

En cuanto a su desarrollo socio económico desde el siglo XIX se consideraba a esta localidad como una de las principales zonas de la industria habanera, pero a medida que estas fábricas fueron creciendo se desplazaron hacia las afueras de la ciudad y el Cerro fue cediendo espacios productivos a favor de la población local y la urbanización. No obstante, esta transformación no significó que el municipio pasara de ser un área industrializada a totalmente poblada. (106)

En el Cerro, se produce más del 50% de la perfumería de la ciudad, con el aporte de entidades como: "Jayper" (Balaguer # 60) que garantiza, entre otros productos, la pasta dental "Perla"; "Suchel Lis" (Universidad # 72) que entrega los jabones "Nácar" y "Batey", más otras muchas líneas; "SuchelPetroquimia, S. A (Balaguer s/n), productora de artículos de limpieza industrial y doméstica y "Suchel Tropical" (Balaguer # 60), creadora de numerosas líneas de perfumería y cosméticos, entre ellos "Diamante negro", "Slik", "Fantasía", "Gol" y "Tropical". Igualmente la antigua perfumería Mennen (Calle de Buenos Aires # 480), se incorporó a la producción especializada y en gran escala de champú para la primera empresa mixta del país, la "Suchel Camacho, S. A". El peso fundamental de la economía del Cerro continúa siendo la producción industrial con casi el 70% de la economía global del municipio. (106)

En cuanto a los servicios de salud, este municipio cuenta con importantes instituciones entre las que podemos mencionar al hospital Diez de Octubre, antigua Dependientes, donde en 1907 se realizó por primera vez en Cuba y por segunda vez en América una sutura de corazón.

El municipio también cuenta con algunas de las principales sedes culturales de la provincia. La Biblioteca Pública "Domingo del Monte" , Casa de Cultura del Cerro , Museo del Cerro, Galería de Arte "Teodoro Ramos Blanco", Casa de la Trova "María Teresa Vera" , Comparsa del "Alacrán", Comparsa "Marqueses de Atarés" y el Taller de Transformación del Barrio.

Los Consejos Populares que componen esta área son: Consejo Popular Pilar-Atarés, Latinoamericano, Cerro , Las Cañas , Canal , Palatino y Armada.

Consejo Popular "Armada"

El Consejo Popular Armada es uno de los 7 Consejos del municipio de Cerro. Se destaca por la diversidad de instituciones representativas para la comunidad en general. Constituye el límite sur del municipio y tiene una extensión territorial de 2,4 Km² y una población de 31 492 habitantes, 14 796 varones y 16 696 hembras; limita al norte con el Consejo Palatino, al sur con el municipio Boyeros, al este con Diez de Octubre y al oeste con Marianao. Está formado por los repartos "Antonio Maceo", "José Martí", "Raúl Cepero Bonilla", La guayaba, el Husillo y Turcios Lima. (105)

Reparto Casino Deportivo (Antonio Maceo)

El reparto Casino Deportivo, actualmente Antonio Maceo, fue construido para la clase media en la década del 50, de ahí que hasta 1960, fueran sus principales habitantes. El triunfo revolucionario marcó un punto de giro en esta

El reparto Casino Deportivo, actualmente Antonio Maceo, fue construido para la clase media en la década del 50, de ahí que hasta 1960, fueran sus principales habitantes. El triunfo revolucionario marcó un punto de giro en esta situación, después del éxodo de las familias adineradas que no simpatizaban con el proceso, el nuevo gobierno otorgó esas viviendas a miembros de las Fuerzas Armadas, funcionarios, artistas, deportistas destacados y personalidades relevantes en general. Por lo tanto pudiera hablarse de un marcado ambiente intelectual.

El Policlínico Docente “Antonio Maceo” ubicado en esta localidad atiende un área de salud donde existen 30 consultorios médicos con 9632 familias. (107) Dentro de los servicios allí brindados, la Consulta de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo se encarga de la orientación familiar y en el área de la sexualidad de la mujer, el hombre y la pareja. Guía a las personas sobre cómo lograr una actuación consciente y responsable en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable. Ese servicio es brindado por dos especialistas entrenadas para prestar el servicio sobre la base del trabajo multidisciplinario e integral, acción que se garantiza mediante interconsultas con otras especialidades.

3.2 Caracterización de los hombres estudiados, atendidos en la Consulta de Planificación Familiar del Policlínico Docente “Antonio Maceo”

Fueron 22 los hombres encuestados, que asistían al servicio de planificación familiar estudiado. Ellos se caracterizan por tener entre 25 a 55 años de edad, estar casados o en alguna relación estable, poseer nivel medio superior vencido y estar ocupados como técnicos-profesionales en plazas estatales, y en menos cuantía como trabajadores por cuenta propia.

Estos hombres comenzaron a tener relaciones sexuales cuando tenían entre 15 y 20 años, y declararon no contar con educación sexual previa al inicio de sus relaciones sexuales, información que reconocieron obtener por medio de sus amistades.

El método anticonceptivo más conocido entre los encuestados fue el condón. Otros fueron: DIU y coito interrumpido; algunos conocían de la existencia de pastillas y vacunas anticonceptivas.

La mayoría de los encuestados conocen más de un método anticonceptivo y de planificación familiar, esto se debe, según los integrantes del grupo de discusión realizado, a su asistencia a la consulta, pues *“desde el primer encuentro se les explicó la importancia de la selección conjunta del método de anticoncepción ideal como objetivo de la consulta”* (sujeto 3.1) Sin embargo, ninguno conocía como método la vasectomía, a pesar de ser una opción que contempla el servicio.

3.3. Necesidades de atención en salud sexual y reproductiva de hombres y su satisfacción según el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo, prestadoras de salud y usuarios de la consulta de planificación familiar del Policlínico Docente “Antonio Maceo”

Los resultados emanados a partir de las técnicas aplicadas a cada grupo de estudio para recabar información, se brindan en los siguientes sub epígrafes, titulados de acuerdo con la categoría de análisis a la que responden. Los resultados se han construido a partir de la articulación de los enfoques *emic* y *etic*, por lo que se brindan algunos ejemplos de discursos a manera de soporte del resultado que se ofrece.

Las necesidades para la atención a los hombres en el servicio de planificación familiar, que se han identificado, tienen su base en los datos emanados a partir de los grupos de estudio (discurso *emic*), pero obedecen a la construcción *etic* de sus proposiciones de acuerdo con la descripción *etic* de cada una de las categorías de análisis. (Tabla1)

Tabla1. Descripción *etic* para las categorías de análisis emanadas de los grupos estudiados.

Categorías de análisis	Descripción <i>etic</i>
Atención que se presta en planificación familiar	Objetivos y utilidad de las acciones que conciben y ejecutan el servicio de PF
Población beneficiaria	Personas o grupos a los que se dirige el servicio, a quienes se enfocan las acciones planteadas en el programa rector del servicio, según características, identidades de género
Atención a las desigualdades entre hombres y mujeres	Características en los procesos de atención a las desigualdades de género vinculadas a las acciones que se plantean para logro de equidad de género en PF
Participación de los hombres y acciones para su fortalecimiento	Concepciones, características y prácticas asociadas a la participación de los hombres en el servicio de planificación familiar.
Necesidades identificadas para la atención de los hombres y su satisfacción	Concepciones y prácticas para satisfacer necesidades de atención de los hombres

Junto a los resultados que se exponen textualmente, se especifica la persona que lo aporta. En el caso de los sujetos encuestados, el código utilizado para distinguir su fuente responde a números naturales y a los participantes en el grupo de discusión se le asignaron números decimales.

Atención que se presta en planificación familiar

El programa que rige la atención en planificación familiar en Cuba es el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo. Ese documento fue elaborado por la Comisión Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar del MINSAP en el año 2001. Consta de tres epígrafes: marco conceptual, programa y plan estratégico.

En ese documento se declara que la estrategia seguida para la atención en planificación familiar descansa en el enfoque de salud sexual y reproductiva, es decir, entiende a la *“SSR como parte de la salud y calidad de vida individual durante todo el curso vital que repercute de forma directa en la reproducción humana y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso reproductivo”*. (20)

Desde su primer párrafo se expresa la necesidad de ver la salud de la mujer alejada de la dimensión “madre”, esa visión incluye explícitamente *“en la planificación familiar la participación consiente del hombre en las diferentes etapas del proceso reproductivo y en la salud integral de la pareja y la familia”* (sic). (20)

Durante la conversación con las prestadoras del servicio de PF estudiado, sobre los objetivos y servicios de la consulta, las entrevistadas nunca hicieron alusión al tema hombre, ni siquiera hablaron de los beneficios a la pareja conformada por mujer y hombre. Pareciera que entendieran a la PF como un mecanismo para el control de la fecundidad y si intentamos definir, a partir de sus propias percepciones, el encargo de esa consulta, resultaría correcto inferir que brinda la posibilidad de lograr embarazos saludables en mujeres con riesgo reproductivo presente o no.

Según la doctora y enfermera de este servicio, el propósito final de la atención que se brinda, es el logro de un embarazo planificado con feliz término para la madre y el producto de la concepción.

“...es un servicio multidisciplinario, dirigido a identificar a mujeres en riesgo reproductivo con el objetivo de planificar el momento adecuado para la fecundación y lograr un embarazo deseado. Los servicios brindados también están dirigidos a atenuar y modificar factores que provoquen riesgos a la salud reproductiva de esas mujeres.” (Doctora de la consulta de planificación familiar)

“...la madre pueda llegar a un embarazo bien planificado, con un buen control y que tenga un resultado de la concepción con buenos parámetros (a término, con buen peso, saludable)” (Doctora de la consulta de planificación familiar)

Entre los servicios de la consulta se encuentran, según sus prestadoras, todas las especialidades que tributen en alguna medida a la disminución y control del riesgo reproductivo preconcepcional de la paciente. Nuevamente, desde su discurso, se relaciona el encargo de la consulta con la atención a la mujer.

“...en la consulta decidimos qué pacientes son las que tienen determinados factores de riesgo. Por ejemplo, si tienen enfermedades crónicas, se interconsulta con las especialidades que van a resolver el factor a modificar” (Doctora de la consulta de planificación familiar)

Los hombres encuestados perciben que planificar el número de hijos(as) es una opción necesaria tanto para hombres como para mujeres, por lo que lo identifican como uno de los objetivos y utilidad de la atención que reciben en el servicio estudiado. Vinculado a ello, reconocieron como edad ideal para convertirse en padre, entre los 20 y 34 años.

A partir del grupo de discusión realizado, casi todos los hombres percibieron la consulta como útil para mujeres y hombres por igual. Otros no lograron reconocer esa utilidad y consideran que ese servicio solo sirve para que las mujeres obtengan información y orientación sobre los métodos anticonceptivos que deben usar.

Población beneficiaria

En el Programa analizado, está explícita la preocupación por las cuestiones de tipo social (en específico las de la mujer); culturales, económicas y políticas, así como los aspectos de índole afectivo de todas las personas sin distinción por sexo.

“...debemos subrayar el condicionamiento que tiene para la salud reproductiva los factores de tipo sociales (...) donde son muy importantes los nutricionales y educacionales”. (sic)

“... factores afectivos del individuo son determinantes también y cobra mucha importancia la condición social de la mujer”. (sic)

Este discurso deja claro que la población diana son las parejas (heterosexuales), incluidas las infértiles. En el documento no se consideran las parejas del mismo sexo que pudieran necesitar de los servicios de planificación familiar.

“El programa persigue lograr una acción o actuación consiente basado en el sentido de la responsabilidad de las parejas, de hombres y mujeres para tener hijos, y está dirigido a que se tengan los hijos que se deseen en el momento más favorable para el hijo, la madre y la familia, de tal manera que tengan las condiciones apropiadas para su desarrollo integral”. (sic)

“...dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación y servicios a las parejas, incluidas las infértiles...” (sic)

En el caso de las profesionales entrevistadas, ellas conciben como población diana del servicio, a las mujeres heterosexuales; para que emergiera en el discurso la pareja como población beneficiaria, la investigadora tuvo que indagar explícitamente sobre esta.

“...es un servicio al que debe asistir la pareja, pero no es la generalidad. Son pocas las parejas que vienen juntas. No ocurre lo mismo con el servicio de infertilidad” (Enfermera de la consulta de planificación familiar)

Durante la realización de la entrevista, se observó la existencia de dos sillas en el local donde se realiza la consulta. Una de ellas corresponde a la doctora y la otra es destinada a la/el paciente, la enfermera permaneció de pie. Entonces, un supuesto obvio es que si el servicio está destinado a la atención de la pareja, debería garantizar comodidad para ambos miembros de esta.

De forma similar ocurre con la distribución, mobiliario y características del local donde se lleva a cabo la consulta, a través de lo que se infiere que las atenciones que brinda el servicio se dirigen a la salud de las mujeres: se trata de dos cubículos destinados a la atención, uno para las consejerías u orientaciones a brindar por la doctora y el otro está preparado para la atención ginecobstétrica de la mujer (según explicara la doctora del servicio). No cuenta con algún armario o estante donde estén visibles anticonceptivos masculinos, la decoración está en función de la promoción de la salud de la madre y su descendencia, y ninguno de los afiches hace alusión a la participación masculina en PF. En otras palabras, a partir de las características del espacio físico de la consulta, pareciera que se confirmara la intención de atender las necesidades de ellas en lugar de satisfacer las de la pareja en su conjunto.

Atención a las desigualdades entre hombres y mujeres

El propósito principal de la estrategia de PF consignada dentro del Programa de Planificación Familiar (20) está direccionado al desarrollo de servicios que permitan, entre otras cosas, *“la igualdad de hombres y mujeres”* (sic), así como la *“satisfacción de las necesidades de ambos en cuanto a salud reproductiva”* (sic), pero en las acciones declaradas, no se toman en cuenta los aspectos socioculturales que determinan condicionamientos de género específicos que necesitan ser contemplados y que dan molde al comportamiento de hombres y mujeres, ni se declaran explícitamente a cuáles de las necesidades de los unos y las otras, a las que se alude, van encaminadas dichas acciones. En cambio se plantea *“mejorar desempeño personal (...) del médico, enfermera y grupo básico de trabajo”, “facilitar la integración y complementación de las actividades de los sectores involucrados en las esferas relacionadas con la Planificación Familiar...”* (sic)

De acuerdo a la observación realizada en el servicio estudiado, para llevar el control de la consulta se usan documentos donde solo se recoge información sobre la mujer. Cuando se analiza el acápite dedicado al control de la consulta en el programa, se orienta registrar datos como: edad, paridad, enfermedad que padece la mujer y método anticonceptivo seleccionado, y se hace alusión a las mujeres en singular, nunca a la pareja.

“Se habilitará un registro para datos básicos de utilización... que permitan la consolidación de información... tales como: edad, paridad, enfermedad que padece, método seleccionado (se refiere al método anticonceptivo)...la consulta contará con el registro de Consulta del Sistema Nacional de Estadística -hoja de cargo- donde se consignaran los aspectos requeridos en cada paciente atendida y durante toda la jornada de trabajo”. (sic)

Según criterios de esta autora, esa información resulta insuficiente y no responde al enfoque de salud sexual y reproductiva enfocado a la pareja en el que se basa el programa, pues con esos datos pareciera que la consulta solo está destinada al control de la fecundidad y que esta es responsabilidad exclusiva de las mujeres. Más adelante, se brindarán datos contruidos a partir de otras fuentes que permiten triangular esta información.

En el documento rector analizado, se plantean acciones en función de eficientes relaciones intersectoriales e interdisciplinarias pero formuladas de forma general. No se especifican qué instituciones o qué sectores son vitales en el reconocimiento y logro de la equidad en la atención de hombres y mujeres. De la misma manera, no se explicitan acciones concretas ni los/las responsables de su ejecución.

“Facilitar la integración y complementación de las actividades de los sectores involucrados en las esferas relacionadas con la Planificación Familiar, Salud Reproductiva y la promoción de la igualdad entre la mujer y el hombre” (sic)

Según las prestadoras de salud entrevistadas, la atención se brinda de igual forma a hombres y mujeres, aunque las mujeres son más beneficiadas pues ellas participan con más frecuencia.

“...es un servicio al que debe asistir la pareja, pero no es la generalidad...” (Enfermera de la consulta de planificación familiar)

Un aspecto positivo aportado por estas profesionales en su marcada intención por fomentar la participación masculina, es la explicación que le brindan a cada paciente, individual o en pareja, sobre la importancia que tiene la incorporación del hombre en la PF, aunque eso no resulta en un aumento efectivo de esta.

“... por ello, cuando se inicia la consulta se les explica el objetivo de la misma y el valor de la colaboración masculina en ese proceso”. (Doctora de la consulta de planificación familiar)

De acuerdo con el criterio emanado de la encuesta aplicada a los hombres, que como ya se ha dicho son usuarios junto a sus compañeras del servicio estudiado, se puede inferir que el mismo permite a las mujeres (sus compañeras) decidir cuándo procrear, y también recibir educación. Otros agregaron, la posibilidad que les ha brindado este servicio para seleccionar el anticonceptivo mediante orientación médica.

En cuanto a los beneficios brindados específicamente a los hombres, la mayoría coincide que es útil para decidir cuándo procrear, y recibir educación, pero en algunos se mantuvieron las percepciones sobre la utilidad nula de la consulta para ellos.

Mediante la discusión grupal que se realizó con los grupos 1 y 2, se dialogó sobre los beneficios de la PF y se debatió sobre las ventajas específicas para los hombres y mujeres. Las opiniones fueron diversas, pero se pueden resumir en lo siguiente:

La PF permite retrasar la procreación para cuando la *“situación económica lo permita”*, *“reparar o adquirir una vivienda”* u *“obtener un buen trabajo”*, lo que se vio vinculado, en parte, a la importancia que los hombres estudiados le otorgaron a la actividad laboral que desempeñan, pues se consideran sostén económico principal de su familia.

Participación de los hombres y acciones para su fortalecimiento

En el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo, en lo relativo a la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres se plantean tres acciones específicas donde la tercera hace alusión a la necesidad de *“...aumentar la participación de los hombres en la PF mediante la divulgación, educación e información”* (sic), pero que no propone entender, revisar y atender la satisfacción de las necesidades masculinas. De hecho, en ningún momento dichas necesidades son declaradas.

La doctora y enfermera de la consulta admiten que la participación masculina es fundamental para la dinámica del servicio, pues en la modificación de los posibles factores que representan riesgo a la salud sexual de las parejas es *“indispensable la participación de los hombres”*. (Doctora de la consulta de planificación familiar)

Las entrevistadas admiten que *“la asistencia masculina casi es nula”* (enfermera de la consulta de planificación familiar) y ese comportamiento masculino lo explican *“por el déficit de educación sexual que origina en la población la idea de que la responsabilidad de la maternidad es solo de la mujer”*. (Doctora de la consulta de planificación familiar)

También admiten que la poca asistencia y constancia de los hombres en cuanto a su participación en la consulta, es justificada por ellos y sus compañeras, por la actividad laboral que estos desarrollan.

“... y ellos les dan más valor a sus responsabilidades laborales debido al desconocimiento que tiene de la importancia de su presencia en las consultas junto a sus parejas”. (Doctora de la consulta de planificación familiar)

“...son pocos los que acuden y los que lo hacen no son constantes con su asistencia, pues alegan que están trabajando y eso les imposibilita asistir” (Doctora de la consulta de planificación familiar)

Independientemente de lo infrecuente que resulta la asistencia masculina a la consulta, todos los hombres encuestados asisten, aunque los datos que prueban su presencia no están disponibles en los documentos oficiales del servicio.

Las hojas de cargo solo contienen información de las mujeres. Cuando la doctora recibe una pareja, se recogen los datos de la parte femenina de ese dúo. Es decir, no queda constancia de esa asistencia y las profesionales solo pueden trazar sus estrategias de trabajo a partir de la historia clínica de esas mujeres.

Por su parte, los hombres investigados, a pesar de considerar necesaria la participación masculina en la PF, no siempre se mostraron dispuestos a garantizar su asistencia a la consulta y dejaron esa responsabilidad a su compañera.

Esa percepción se confirmó durante la realización del grupo de discusión. A partir de la expresión: *“¿si me botan del trabajo después cómo comemos?” (Sujeto 6.1)*, se generó un debate sobre la importancia que ellos le otorgan a su actividad laboral y la relación con sus ausencias al servicio. En esa pregunta se resume la preocupación de muchos sobre la interferencia de los horarios del servicio con sus responsabilidades diarias, según ellos, *“el trabajo es muy importante” (Sujeto 8.1)*

Con la intención de relacionar la importancia que le otorgaban ellos a su participación en la consulta con el valor que ellos le dan a la PF, se indagó sobre el papel de los hombres en la decisión sobre el número de hijos(as) a tener y se obtuvo que, todos consideraron que esa responsabilidad le corresponde a la pareja y no solamente a la mujer.

Con lo descrito pareciera que estos hombres tienen verdadera conciencia sobre la importancia de la participación de mujeres y hombres por igual en la planificación familiar, pero en sus prácticas cotidianas, vistas en la propia participación en la consulta de PF, no se manifiestan así. Al indagar sobre la responsabilidad que ellos tienen en la decisión de continuar con un embarazo, muchos entienden a ambos miembros de la pareja como encargados de tomar esa decisión, pero algunos le atribuyeron esa responsabilidad a la mujer, argumentando sus posiciones con opiniones que pueden ser resumidas en tres ideas expuestas que fueron coincidentes entre varios: *“la mujer es la dueña de los hijos” (sujeto 20)*, *“el cuerpo es de ellas” (sujeto 1)*, *“es quien decide” (sujeto 4)*.

La mayoría de los hombres conocieron de la existencia de la consulta a través de sus compañeras afectivas. Casi todos afirmaron haber asistido por recomendación de la esposa y no por iniciativa propia. De no contar con la mediación de la mujer ni siquiera conocerían la existencia de ese espacio. Esta intervención femenina también repercutió en los motivos que impulsaron la asistencia de estos hombres y en su actitud ante el servicio.

Se indagó sobre los sentimientos de los encuestados después de asistir a la consulta. Muchos afirman sentirse satisfechos con su asistencia, razón que argumentan con criterios resumidos en las ideas siguientes: *complazco a mi esposa (sujeto 15)*, *acompañó a mi esposa (sujeto 19)*, *aprendo sobre los métodos anticonceptivos (sujeto 1)*, pero habrá de notarse que ninguno alude a sus necesidades intrínsecas, las que tampoco logran visibilizar ni aprender desde la orientación que reciben en el propio servicio.

Los hombres encuestados asistieron a la consulta durante el año 2014, algunos en más de una ocasión, pero se conoció que ninguno tiene planificado continuar asistiendo. Las justificaciones para explicar esa

decisión fueron variadas pero se pueden resumir de la siguiente manera: la mayoría de los hombres reflejaron en el cuestionario, frases con las que sugieren que no es necesario continuar asistiendo; pues su esposa ya tenía adoptado un método anticonceptivo. Otros agregaron criterios con los que dan a entender que sienten incomodidad al acudir a un servicio de salud sin estar enfermos. También mencionaron que dejaron de concurrir porque el horario interfería con su trabajo.

Algunas de esas percepciones se corroboraron durante la ejecución del grupo de discusión. A partir de la intervención de uno de los hombres presentes, se originó un debate sobre la pertinencia de su presencia en la consulta, una vez que se selecciona o garantiza el anticonceptivo a la compañera sentimental.

“... no entiendo por qué continuar asistiendo si ya mi esposa tiene anticonceptivo” (sujeto 8.1)

“... ella solo va a la consulta cada tres o cuatro meses para ponerse la vacuna anticonceptiva. No creo que yo tenga que asistir para eso” (sujeto 1.1)

Necesidades masculinas identificadas

En el programa se hace referencia a la satisfacción de necesidades que no quedan declaradas explícitamente, tanto para mujeres como para hombres. Pareciera que el interés fundamental radica en atender, en el caso de los hombres, las identificadas, vistas en la insuficiente educación de los hombres, y la reproducción biológica satisfactoria de las mujeres (esta se encuentra diluida en todo el texto); aunque dicha intención se traduce en una acción destinada específicamente a la adolescencia y juventud sin distinción del sexo.

“Propiciar conocimientos, orientación y servicios a grupos de adolescentes y jóvenes, respondiendo a sus necesidades en relación a la salud integral” (sic)

“...aumentar la participación de los hombres en la PF mediante la divulgación, educación e información” (sic)

“...está dirigido a que se tengan los hijos que se deseen en el momento más favorable para el hijo, la madre y la familia, de tal manera que tengan las condiciones apropiadas para su desarrollo integral.” (sic)

También, entre las directrices para el Plan estratégico se considera necesario perfeccionar los servicios en función de las necesidades identificadas, pero la estrategia queda redactada de forma general.

“Perfeccionar los servicios de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo existentes y desarrollar nuevos servicios en instituciones que respondan a las necesidades identificadas” (sic)

Se describen cuatro líneas de acción, dirigidas a la distribución de recursos a los diferentes niveles de atención donde esté ubicado el servicio, sin embargo se observa que la intención principal y de hecho, la que queda declarada explícitamente, es la que se dedica a la atención a la reproducción biológica de las mujeres, con énfasis en la noción de riesgo reproductivo.

“Crear servicios de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo especializados en el nivel primario, a nivel de policlínico que cuenten con personal calificado y métodos del segundo y tercer nivel de atención, que cumplan actividades de consulta, interconsultas, docencia e investigación (...) dispondrán de todos los recursos anticoncepcionales existentes para intervención completa en un grupo de policlínicos...” (sic)

El abordaje sobre el manejo del riesgo reproductivo es otro aspecto que llama la atención en cuanto a la ausencia de identificación y satisfacción de las necesidades masculinas; sobre todo si tenemos en cuenta que para el control del riesgo reproductivo preconcepcional la participación del hombre resulta indispensable.

“Enfocar las acciones para modificar el riesgo sobre la base del respeto al derecho de toda pareja o mujer a decidir libremente cuándo y cuántos hijos desean, y conocer el momento oportuno para la concepción

deseada, con acciones previas que eliminen, atenúen o modifiquen positivamente el riesgo preconcepcional existente” (sic)

En esta misma línea de pensamiento, se habla de satisfacer necesidades de los usuarios que acudan al servicio, pero esa necesidad está simplificada a la falta de orientación y educación sexual de los hombres. Por tanto la satisfacción de la misma se soluciona con la ejecución de cursos de capacitación, identificación de necesidades de aprendizaje, elaboración de materiales didácticos o dar participación a los medios de comunicación para la orientación masiva sobre temas de PF.

“Incrementar la participación del hombre y su papel en la Planificación Familiar y Salud Reproductiva, mediante una mayor divulgación, información y educación” (sic)

“Contribuir a que el personal del equipo (...) adquieran conocimientos y técnicas de comunicación que le permitan mejorar su actuación” (sic)

“Elaborar materiales didácticos en temáticas de planificación familiar y salud reproductiva” (sic)

“Mejorar e incrementar la participación de los medios de comunicación masiva en la difusión del conocimiento sobre los aspectos relacionados con la planificación familiar” (sic)

Esta percepción se mantiene al analizar el acápite sobre el control de la eficacia de las estrategias descritas en el programa. Se evidencia la ausencia de acciones concretas destinadas a la identificación y satisfacción de necesidades de atención de los hombres; pues se evalúa la efectividad de la consulta, mediante la disminución de indicadores totalmente cuantitativos que no responden, en ocasiones, al objetivo para cual fue creado el servicio de PF, sino que como ya se ha planteado, priorizan la atención al riesgo reproductivo enfocada a la salud y comportamientos femeninos: (20)

- Embarazos de mujeres menores de 20 años
- Disminución de embarazos con riesgo
- Disminución de riesgos en el embarazo
- Número de regulaciones menstruales realizadas
- Número de interrupciones de embarazos
- Índice de bajo peso al nacer, tasa de mortalidad infantil
- Tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad perinatal y espacio inter genésico.

Se plantea entre esos indicadores la *“disminución de riesgos en el embarazo”*, aspecto que llama la atención dentro de la estrategia pues para lograr un resultado positivo en ese sentido, la identificación y satisfacción de necesidades masculinas resulta indispensable, como ya se ha dicho.

La identificación y satisfacción de las necesidades de atención de los hombres fue también una problemática analizada en las conversaciones efectuadas con las prestadoras del servicio. De la indagación sobre ese tema, se obtuvo que estas profesionales, entendían como satisfacción de las necesidades, fundamentalmente la orientación efectiva sobre métodos anticonceptivos (a las mujeres).

“...contamos con varios métodos de anticoncepción eficaces que garantizan la atención a las mujeres”.
(Doctora de la consulta de planificación familiar)

Durante la entrevista se pudo percibir la dificultad del personal médico para responder preguntas relativas a la atención de los hombres.

Otra forma de indagar sobre las necesidades de atención a las masculinidades en la CPF fue preguntar sobre la pertinencia de crear un servicio exclusivo para hombres como estrategia para aumentar la participación masculina.

Según todos los hombres encuestados, ese proyecto resultaría ineficaz, los argumentos utilizados tampoco fueron diversos, muchos no lo creyeron necesario pues no les permitiría interactuar con sus

parejas y opinan más factible no crear un servicio masculino, sino un espacio dentro del servicio habilitado solo para ellos.

Además se solicitaron sugerencias para mejorar el servicio en función de las necesidades propias de los hombres. Los datos obtenidos reflejan cada una de las inconformidades detectadas con el cuestionario. Algunos sugieren que deben crearse mecanismos para que los horarios de la consulta no interfieran con la jornada de trabajo, algunos proponen un espacio para la planificación familiar fuera del policlínico pues les incomoda acudir al médico sin estar enfermos y otros concuerdan con que el servicio debe ser más atractivo para los hombres.

Durante la discusión grupal estos hombres sugirieron al personal de salud presente, lograr dirigir la atención a la pareja y no solo a la mujer durante una consulta de planificación familiar, crear mecanismos para divulgar la existencia de la consulta en el área de salud y elevar la educación en temas de sexualidad en los hombres.

“...cuando llegue un hombre con su esposa expresar desde la primera visita la importancia de su presencia con explicaciones concretas. Tu eres útil en...” (Sujeto 3.1)

“...hacer algo para que los hombres del barrio conozcan el servicio. ...” (Sujeto 5.1)

“...brindar a la población más educación y orientación sobre temas de sexualidad.” (Sujeto 2.1)

Similar a lo obtenido mediante el análisis de contenido y la entrevista, los hombres encuestados y los partícipes en el grupo de discusión relacionan la escasa participación masculina como resultado del déficit de educación sexual de la población, pobre divulgación e información de la existencia de la consulta. Cuestión a ser debatida.

Las necesidades de atención identificadas, con vistas a mejorar el servicio resultaron ser:

1. La población beneficiaria de la planificación familiar debería concebirse de manera más amplia tanto desde el programa rector como desde la propia concepción y actuación de las prestadoras del servicio.
2. Las características del local donde se presta el servicio y de su mobiliario, deben ser inclusiva a la pareja como conjunto y también a los hombres en particular.
3. La pareja como unidad de análisis y acción debe ganar relevancia en la prestación del servicio.
4. Los datos de los hombres atendidos deben ser recogidos en las hojas de cargo e historias clínicas de la pareja.
5. La consulta debería tener un horario lo suficientemente flexible o negociable, para que los hombres adecuaran su asistencia según horarios de trabajo.
6. Las decisiones relativas a la anticoncepción deben tener participación de los hombres y ampliarla a ellos.
7. Valorar y transmitir la necesidad de asistencia masculina como sinónimo de calidad para su salud y la de su descendencia, y no para la salud de la mujer y su descendencia.
8. Deconstruir concepciones tradicionales y manidas sobre la escasa participación de los hombres que permitan indagar y actuar mejor sobre sus causas.
9. Hacer atractivo el servicio para los hombres con acciones dirigidas exclusivamente a ellos como población diana y no como beneficiario colateral de las aplicadas a la mujer.
10. Crear espacios para brindar consultas individuales de forma separada, para ambos miembros de la pareja.
11. Necesidad de crear mecanismos para divulgar la existencia de la consulta en el área de salud.

12. El servicio de PF requiere atender las brechas en cuanto a la satisfacción de las necesidades de la pareja como conjunto y de los hombres en específico, vistas en:
- Las decisiones relativas al embarazo (número de hijos, espacio entre embarazos) deben incluir al hombre de manera participativa y responsable, y no como espectador.
 - La elección de los métodos anticonceptivos debe incluir la participación del hombre como parte de la pareja.
 - Existencia de una mayor diversificación y divulgación de los anticonceptivos masculinos.
 - Los temas relativos a la sexualidad masculina deben ser tratados.

Capítulo 4. Discusión de los resultados

El Estado cubano en el marco de sus políticas sociales, se ha empeñado por ofrecer servicios de salud sexual, reproductiva y materna de calidad, a través de la consolidación de sus programas de promoción y prevención, el mejoramiento de los servicios de planificación familiar, con énfasis en la atención de adolescentes y jóvenes; el aseguramiento y ampliación de la gama de métodos anticonceptivos con prioridad para los hormonales combinados y la anticoncepción de emergencia; la observancia del riesgo preconcepcional y el fortalecimiento de los servicios que brindan cuidados obstétricos de emergencia. Todo ello, sobre la base de la justicia social, la equidad y respeto a la dignidad del pueblo. (108)

Uno de los aspectos abordados con más fuerza en los últimos años es el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva de forma equitativa, ello ha llevado a organizaciones internacionales a redoblar los esfuerzos para lograr esa meta. Dentro de las propuestas para hacer efectivo ese cometido se crean y divulgan estrategias tomando como base, estudios especializados en el comportamiento masculino y femenino como expresión de identidades de género y sobre la satisfacción de necesidades individuales de atención tanto de mujeres como de los hombres. (19) (88) (89) (97)

La discusión de los resultados que se propicia en este epígrafe sigue la misma lógica de organización de la sección de los resultados. La discusión, se brinda en epígrafes y sub epígrafes titulados de acuerdo con la categoría de análisis a la que responde.

Atención que se presta en planificación familiar

Como se ha mencionado, el Programa de Riesgo Reproductivo es el documento guía para la atención en planificación familiar en Cuba, y cuenta con 14 años de creado, por lo que su actualización se hace recomendable en el devenir de su adecuación. Dicha transformación ha de pensarse sobre la base humanista de nuestro gobierno revolucionario, o sea tomando como meta principal el cuidado de la salud de cada habitante de nuestra sociedad, sin distinción de ningún tipo. Un paso necesario tanto para el diseño, como para el control de la ejecución de las acciones redactadas en ese documento, deben tomar como pilar fundamental la perspectiva de género, en tanto represente premisa indispensable para el logro de la equidad en los procesos de atención en SSR y planificación familiar, específicamente.

La actualización y adecuación necesaria del programa mencionado, pudiera seguir las pautas brindadas en la Guía para el monitoreo de la equidad en las políticas de salud desarrollada por la OPS/OMS (2014). La propuesta mencionada responde a fines tanto de evaluación, como de abogacía e incidencia política, según el grupo que lo utilice. Puesto en función del análisis del nuevo Programa de Riesgo Reproductivo, proporcionaría un marco conceptual para evaluar la equidad de género en las acciones planteadas en el documento rector para la atención en PF. Aspecto que facilitaría la toma de decisiones, pues también brinda indicadores para la formulación y monitoreo de políticas con equidad de género. (29) (30)

La adopción de esta estrategia puede ser útil para incluir la perspectiva de género en los programas de salud; aunque ello implicaría decidir previamente sobre la pertinencia y aplicabilidad de sus diferentes componentes, la necesidad de agregar otros, y determinar la mejor manera de proceder operativamente. (36)

El contexto cubano y las características de nuestro sistema de salud son particulares, situación que dificulta la adopción de forma íntegra, de los planes o guías elaboradas por organizaciones internacionales, sin una previa adaptación para compatibilizar esa estrategia con la dinámica cubana.

Un ejemplo es el "Manual mundial para proveedores de servicios de planificación familiar" (2007) producido por la OMS. Ese documento es utilizado íntegramente por las autoridades chilenas como guía estratégica para la prestación del servicio referido y justamente la principal utilidad de su aplicación es pretender eliminar las desigualdades de género en la atención en PF, en función de brindar servicios con calidad. La adaptación de ese manual a la realidad cubana y a las características de los servicios de SSR, podría representar una fortaleza para la consecución de la disminución del riesgo reproductivo y la participación e identificación masculina con el proceso de atención, además de los beneficios que se obtendrían con la satisfacción de necesidades de atención y la prestación del servicio en función de las ya identificadas. (45)

En el marco teórico del trabajo de esta tesis se describe la experiencia chilena, pero son varios los países de Latinoamérica que rigen el servicio de planificación familiar con planes donde la perspectiva de género está presente en el diseño y ejecución de las acciones de salud. Se pueden citar a: El Salvador, Colombia o México. (109) (110) (111)

Otra propuesta para la transformación del actual plan estratégico que rige la planificación familiar en Cuba, es someterlo a evaluaciones sensibles al género, como las realizadas en España, en este caso, contextualizadas a la realidad cubana, y a las características propias de nuestro Sistema y servicios de salud. (31)(32)

Este tipo de evaluaciones se caracteriza por tener un carácter empoderante, aparte de tener como finalidad el aprendizaje y la rendición de cuentas sobre los avances y retos en materia de género. La evaluación sensible al género persigue que la población beneficiaria, tanto mujeres como hombres, tengan más control y capacidad de elegir sobre las decisiones que les afectan directamente. Del mismo modo, contribuyen al cambio organizacional hacia prácticas internas y externas más equitativas. (34)

Una vez realizada este tipo de evaluación será posible la implementación de una política que guíe la atención en PF tomando como centro las necesidades de usuarias y usuarios del servicio y de esa forma lograr disminuir las inequidades en la atención mediante la satisfacción de las necesidades de mujeres y hombres detectadas.

Las experiencias a las que se ha hecho referencia anteriormente, aunque escasas, constituyen insumos para la creación de indicadores útiles e indispensables para la transversalización del género en salud, como estrategia para lograr equidad, acceso universal a los servicios y cobertura universal de salud. (30)

La introducción de recomendaciones emanadas de los estudios de género vinculados a la SSR de las poblaciones, en el diseño de un Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo renovado, pudiera favorecer la solución a la escasa participación de los hombres en los servicios de PF, comportamiento reconocido por la literatura científica y por profesionales, como una limitante de estos espacios en Cuba. (2) (7) (10)

Con estas palabras no se pretende enjuiciar de manera negativa al Programa; pues a partir del análisis de su contenido se percibe el interés por aumentar la participación masculina como una táctica para lograr servicios equitativos. Pero, como muchos planes actuales, sus propuestas concretas para la inclusión de los hombres en el proceso de planificación familiar y control del riesgo reproductivo son insuficientes. A la par, condiciona en cierta medida a los/las prestadores/as de salud, a ejecutar acciones que favorecen más la satisfacción de las necesidades de atención de las mujeres. (86) (87) (88) (112)

Los y las profesionales de la salud en Cuba están dotados de conocimientos y mecanismos para enfrentar y darle solución a los problemas de salud de las poblaciones desde un enfoque bio-psico-social. La combinación de conocimientos sociales con los biomédicos en el plan de estudio de las carreras de la

Universidad de Ciencias Médicas, posibilita la preparación de profesionales con un perfil amplio y una formación integral. (113)

Esta aseveración apunta a que la preparación formal que han recibido la doctora y enfermera de la consulta, permite detectar en el proceso de atención, aspectos sociales, culturales y psicológicos que participan en la determinación de la salud de los individuos, la familia y las comunidades, que en los procesos de socialización se suelen naturalizar y pueden hacer dirigir la atención hacia un sexo en específico. Sin embargo, no se debe obviar que esas prestadoras también están moldeadas por los mismos patrones sociales que sus pacientes, por ello no logran identificar, en la práctica cotidiana, la influencia de factores socioculturales interviniendo en la asistencia masculina. La naturalización de patrones y conductas, conduce la percepción de la realidad y la actuación acorde a esta.

La poca comprensión de las prestadoras, sobre los temas que atañen a las masculinidades o sobre género en general, puede limitar brindar un servicio de calidad para hombres y mujeres con equidad, pues en el proceso no se identifican sus necesidades y se dirige la atención a satisfacer las de las mujeres. Este es un punto coincidente con investigaciones científicas realizadas en la región. (18) (19) Cabe destacar que la idea no es hacer de las/los profesionales expertos/as en teoría de género; sino brindarles conocimientos que les permita identificar cómo esas características o comportamientos resultantes de construcciones culturales, devienen en factores de riesgo para la salud reproductiva de hombres y mujeres.

Una estrategia atinada para la modificación de esa situación es precisamente una acción planificada y plasmada en el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo: *“la identificación de necesidades de aprendizaje del personal de salud...”* (sic). (20)

El comportamiento de las prestadoras también se esclarece mediante el análisis de contenido al Programa revisado en la investigación. En ese texto se orienta la identificación de las necesidades de atención de hombres y sin embargo, solo se planifica satisfacer la única identificada: falta de orientación y educación sexual de los hombres. Por tanto, esas profesionales brindan el servicio en consonancia con ese documento rector y la atención a los usuarios hombres solo cubre el déficit de educación sexual, acción para la cual estas profesionales están formadas. (20)

Se menciona, tanto en el programa como en las palabras de las prestadoras, la falta de educación sexual de los hombres cubanos. No obstante el nivel escolar de los estudiados, habla de grados escolares donde temáticas sobre sexualidad son materias necesarias para la promoción escolar. (114)(115)

En Cuba, desde los años setenta, el Ministerio de Educación (MINED), el Centro Nacional de Educación Sexual y el Centro de Educación para la Salud vienen desarrollando el Programa de educación sexual. Son muchos los logros alcanzados mediante su aplicación en la Secundaria Básica, se puede citar como ejemplo, los beneficios aportados para la creación del Programa Nacional de Educación de la Sexualidad en el Sistema Escolar Cubano y el abordaje de la educación sexual en el nivel preuniversitario y Educación Técnica y Profesional, con una población escolar de entre 15 y 17 años. (114)

La existencia de educación sexual durante las edades escolares mencionadas, debe estar favoreciendo el comportamiento sexual responsable con el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como la equidad de género de los adolescentes y jóvenes bajo el Proyecto de Educación Sexual para adolescentes y jóvenes de la educación media superior y superior. (114)

El discurso de las profesionales de salud entrevistadas, parece desestimar lo anterior y responder más lo declarado en el Programa; el servicio se brinda en función de las mujeres, y los hombres solo tienen asegurado su superación en temas de sexualidad. A criterio de esta autora, esto resuena con la propia representación de las entrevistadas sobre el servicio que brindan, lo que denota la cultura médica al respecto (entendida como representaciones socioculturales en salud que expresan a la par de lo normado o científicamente demostrado), pues demostraron conocimientos sobre la importancia de la participación masculina y los beneficios de la incorporación consciente de hombres a la PF. (81)

La situación descrita genera un efecto de rebote, cuando efectivamente desde la escasa participación masculina a los servicios de planificación familiar, se refuerza que el derecho a decidir sobre la reproducción y obtener los beneficios de acciones aplicadas hacia la disminución del riesgo reproductivo, sea para la mujer; pues es ella quien asiste en mayor medida a la consulta y ellos, supuestamente por su desconocimiento, no reciben estos beneficios de forma equitativa. (18) Esto ofrece un punto de análisis a ser debatido desde la propia concepción del programa, donde deberían quedar declaradas de manera explícita acciones o estrategias destinadas específicamente a los hombres.

Ciertamente los encuestados perciben la utilidad de la consulta de planificación familiar como positiva, conocen el objeto y servicios que brinda este espacio, (gracias a la información que reciben de sus prestadoras, que como ya se ha declarado no es del todo suficiente ni pertinente a sus necesidades de acuerdo con el análisis que se ha realizado de los datos), y entienden la importancia de su participación, pero no son capaces de argumentar esa posición con opiniones donde no solo se asuman como acompañantes de la mujer o expresen motivaciones intrínsecas.

Un reto para el personal del servicio, a criterio de la autora, consistiría en lograr una identificación de las necesidades de los usuarios hombres y los beneficios que podría aportarles el servicio, acción que trascendería la planteada en el Programa relativa a la incorporación de los hombres mediante la educación y orientación en temas sobre sexualidad.

Las concepciones y representaciones sobre la sexualidad, anticoncepción y planificación familiar de los encuestados repercute directamente en su asistencia e identificación con el servicio, cuestiones compartidas con el discurso plasmado en el Programa y el de las prestadoras, por tanto la educación, orientación o información resulta un ejercicio válido pero en la práctica su efectividad podría ser limitada.

Incorporar la perspectiva de género al ámbito de la reproducción, implica incursionar en un largo proceso de replanteamiento de identidades construida bajo la influencia del modelo hegemónico (de gestores/as de programas, de prestadores/as de salud, de usuarios/as de servicios, de todas/os en una sociedad) y eso no es algo simple, ya que supone reconocer diferencias, negociar libertades, asumir responsabilidades y, sobre todo, resolver conflictos de manera colectiva. No se limita a la interacción entre los miembros de ambos sexos, sino entre los de diferentes grupos sociales y entre instituciones y personas con las que se relacionan. (116)

Población beneficiaria

La población beneficiaria según el programa, son las parejas compuestas por hombres y mujeres incluidas las infértiles; pero no se hace alusión a otras formas de parejas diferente a la heterosexual. En términos de cobertura universal, ese aspecto representa una limitación del programa, pues no se ha diseñado en función de otras identidades sexuales, presentes y reconocidas en la sociedad cubana actual. Esto se traduce en una atención que entiende y prioriza la reproducción biológica limitada a las parejas heterosexuales. (20)

Por otra parte, la propia atención a las individualidades respecto a salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres se ve coartada en parte, cuando se hace referencia constante a estos formando pareja, aunque esta debería ser, sin dudas, la principal unidad de análisis y atención. Dicha situación provoca grandes limitaciones al momento de prestar servicios como el de infertilidad cuando siendo esta de causa masculina o femenina, puede ser tratada, seguida o manejada una vez diagnosticada, al margen de que se esté en pareja o no.

Independientemente que en el Programa se declare a la pareja como beneficiaria, las definiciones del servicio brindadas por las prestadoras entrevistadas reduce el encargo de la consulta a la atención de la mujer. La dificultad de las profesionales para referirse, explicar o ejemplificar con acciones, la atención a los hombres como parte de la población diana del servicio puede deberse, a la naturalización de los constructos que guían la atención a determinados fenómenos, anclados en las representaciones socioculturales y en la cultura médica antes abordada. (81)

La mayoría de los resultados obtenidos, a partir de la indagación realizada en el propio servicio estudiado, aluden a una expresión práctica de un programa concebido bajo criterios heteronormativos de las relaciones de pareja; una noción de vulnerabilidad social y biológica asociada fundamentalmente a la mujer (casi ciega para los hombres) y la cultura patriarcal que impera en la sociedad cubana. De ahí que parte de los resultados obtenidos por esta investigación, apunten hacia la necesidad de su actualización, vista en las recomendaciones que derivan de sus resultados. Cabe reconocer que ciertamente, las mujeres pertenecen históricamente a las poblaciones y grupos más vulnerados; pero si se quiere lograr un programa que fomente la igualdad y equidad de género, debe identificarse y abordar las vulnerabilidades asociadas a la salud sexual y reproductiva de otros grupos: hombres, parejas del mismo sexo o atención a hombres y mujeres de forma independiente.

La actualización del Programa recomendada no solo debe transformar la dinámica de la prestación del servicio desde el punto de vista de los proveedores. La estructura física de la consulta debe diseñarse en función de ser más inclusiva de las necesidades de los hombres, de sus intereses. Ejemplo: colocar a la vista material promocional sobre inquietudes de los hombres o promoviendo la participación de ellos en la PF, flexibilidad en los horarios de la consulta o posibilidad de negociarlos con las/los prestadores de salud.

Por otra parte, si bien la praxis institucional expresada en el servicio de PF estudiado, es carente de la suficiente perspectiva de género y poco inclusiva de las necesidades de atención masculina, esto no puede interpretarse como una falta de intención al respecto, sino como expresión y reforzamiento de un hacer basado más en la experiencia social de gestores de salud, con base cultural, que en los enfoques científicos y socioculturales más contemporáneos, sobre equidad de género y su determinación en la salud, especialmente la salud sexual y reproductiva de las poblaciones.

Atención a las desigualdades entre hombres y mujeres

La salud reproductiva es hoy un derecho de las personas, esta condición lleva implícito el derecho de las mujeres y de los varones a obtener información, planificar su familia, elegir los métodos para regular la fecundidad. Es por ello que en muchas normas técnicas para la planificación de la familia desarrolladas en países latinoamericanos como Colombia, Salvador o México, queda plasmado mediante una resolución legal o marco jurídico las regulaciones que respaldan esas acciones como derecho propio de cada persona. (109) (110) (111)

El programa cubano declara en el documento rector que los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva se garantizan vinculados principalmente con la salud de la mujer y el niño, y también en función del libre derecho de la pareja a la reproducción. (20)

La igualdad de hombres y mujeres en la atención en PF es una forma de garantizar los derechos reproductivos de todo habitante. Como parte del propósito general del Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo, se aborda el reconociendo a desigualdades entre hombres y mujeres, se enuncian las cuestiones de tipo social y cultural como condicionantes para la SSR; pero no se aprecia en la estrategia acciones diseñadas para su abordaje o tratamiento desde el servicio. Por otra parte la igualdad pretendida en algunas partes del texto analizado [*“la igualdad de hombres y mujeres”* (sic)], puede ser cuestionada desde la propia noción y hecho equitativo, si se toma en cuenta que prestar atención bajo los principios de la equidad, es atender las necesidades particulares de cada grupo no necesariamente iguales [*“satisfacción de las necesidades de ambos en cuanto a salud reproductiva”* (sic)]. (20)

Hoy en día, al mismo tiempo que se sostienen discursos sobre la igualdad, han entrado en escena una valoración muy clara de las diferencias y la diversidad, complejizando el escenario de una manera muy interesante, ya que no se trata de que todos seamos iguales en un sentido estricto (idénticos), sino que exista un proceso de conocimiento y aceptación de las diferencias sin discriminación. (116)

La equidad se hace posible cuando el trato que se les da a las personas está basado en la consideración justa de las necesidades e intereses impuestos por la diferencia, el trato diferenciado es lo que hace posible la equidad. (117)

Otro aspecto que se declara como importante para el logro del propósito principal del Programa, es la consideración de cuestiones de tipo sociocultural, al momento de brindar el servicio. Estos asuntos

resultan determinantes en la disminución del riesgo reproductivo tanto de hombres como de mujeres, por tanto su tratamiento no debe quedar en mención, deben ser abordadas explícitamente, dejando claro qué instituciones intervienen en el proceso, los responsables y las acciones a realizar.

Ejemplo, en el “Manual mundial para proveedores del servicio en planificación familiar” (2007) se exponen de manera conjunta, en cada sección, las orientaciones a las/los proveedores de salud y describen conductas de pacientes o prestadores, resultantes de construcciones o representaciones culturales, que afectan o limitan la acción sanitaria imposibilitando brindarla de forma equitativa. Otra modalidad, es plasmar en el documento dudas frecuentes de usuarias o usuarios con sus respectivas respuestas, así como aclaraciones de percepciones producto del imaginario social sobre determinados métodos anticonceptivos o conductas relacionadas con la infertilidad, la reproducción o la violencia sexual.(49)

En cuanto a los indicadores a emplear para la evaluación de las acciones determinadas en el Programa de Planificación Familiar, habrían de revisarse en función de ser adecuados al abordaje médico social que se precisa, incluso de la categoría género; a los problemas relativos a la salud sexual de las personas sumados a los vinculados a la reproducción biológica, a la que le tributan sin lugar a dudas, y más específicamente los que tienen que ver con la satisfacción de la población en función de sus necesidades. Tampoco, como se observa, existen indicadores referidos a los hombres. A saber por ejemplo:

- Hombres menores de 20 años padres,
- conocimientos sobre anticoncepción y empleo del condón y otros métodos,
- hombres que padecen infecciones de transmisión sexual,
- número de hombres que acuden a servicios de Planificación Familiar (solos o en compañía),
- hombres vasectomizados,
- hombres sometidos a cirugía por varicoceles.

La no inclusión de los hombres en los registros formales de la consulta los invisibiliza, situación que limita el conocimiento de sus especificidades reproductivas y sexuales, imposibilita documentar transgresiones, sentimientos, estado de ánimo que podrían afectar su salud, la de la pareja y la de la propia familia. (10)

Por otra parte, a través de las percepciones de los encuestados, se evidencia una tendencia a justificar la escasa atención a los hombres con argumentos basados en representaciones sociales que designan a las mujeres el encargo de la anticoncepción y la reproducción. Concepciones que reafirman las desigualdades entre hombres y mujeres las que se naturalizan y pasan desapercibidas por los encuestados y el personal de salud.

Relativo a la anticoncepción se puede inferir, a partir de una lectura *etic*, que los datos obtenidos sobre el uso del condón por los hombres estudiados pueden interpretarse de dos formas: primero, las opiniones de esos hombres responden a una representación tradicional de las relaciones de pareja, es decir mantienen una posición tradicional sobre la responsabilidad de la anticoncepción y la decisión de procrear; pues pareciera que ellos entienden y delegan esta a sus esposas. Esta suposición se reafirma con otro grupo de argumentos, emanados del cuestionario, que apuntan a las motivaciones que tuvieron estos hombres y sus esposas para acudir a la consulta de PF.

“... ella quiere salir embarazada” (sujeto 19)

“... no nos gusta usar el condón por eso ella se vacuna” (sujeto 8)

En estos discursos se demuestra que para ellos el deseo y la responsabilidad de embarazarse o protegerse es solo de su mujer, y esa necesidad representa una demanda femenina que hay que complacer acompañándolas al servicio de planificación familiar.

Segundo, a decir de la doctora entrevistada, la poca diversidad de anticonceptivos masculinos disponibles en esa consulta y en el país en general, provocan desinterés en los hombres sobre esas cuestiones; lo cual también influye en la falta de participación masculina en esos espacios.

“...no existe gran variedad de anticonceptivos masculinos, quizás por eso no se sienten identificados con la elección del método adecuado.” (Doctora de la consulta de planificación familiar)

Los estudios sobre masculinidades se han interesado en la relación entre los hombres y el uso de los anticonceptivos, lo abordado e investigado desde esa perspectiva coincide con los resultados expuestos anteriormente.

La presencia de los hombres en la anticoncepción es muy contradictoria ya que se suele interpretar como obstáculos o apoyadores de la regulación de la fecundidad de sus parejas, pero no como seres que pueden regular su fecundidad. Al indagar con ellos, se constata su rechazo al asumir responsabilidades en el ámbito reproductivo acción que justifican otorgándole la responsabilidad a la parte femenina de la pareja. (10)(14) (15)

Relativo a la reproducción, ellos perciben que la planificación familiar es una herramienta para el aplazamiento hasta mejorar la economía familiar y las condiciones de vivienda antes de la procreación. Aspecto positivo, pues garantizar esas condiciones también influye en la disminución del riesgo preconcepcional. Con esta postergación de la parentalidad (formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos informativos, cognitivos, ideológicos y normativos respecto a la maternidad y paternidad), de la que han dado cuenta otras investigaciones en el contexto cubano (81), podría estar influyendo junto a conductas sexuales inapropiadas, a que se arribe al momento de la procreación con edades consideradas de riesgo, no solo para la descendencia sino que también coloquen en riesgo la posibilidad de la propia concepción, lo que sumado a condiciones de salud desfavorables, comprometen la salud sexual y reproductiva de la pareja. Estos aspectos deberían ser contemplados también en las estrategias educativas a promover desde este tipo de servicios.

Lo descrito ejemplifica nuevamente cómo la atención insuficiente en planificación familiar puede provocar daños a la salud de los hombres, las mujeres, las parejas, la familia y las poblaciones. Reitera que la solución a la escasa participación masculina no recae en brindar más educación, sino en deconstruir concepciones tradicionales sobre las funciones femeninas y masculinas relativas a la SSR de hombres y mujeres.

La ausencia de acciones para la atención a las desigualdades de hombres y mujeres en el Programa referido también provoca en las prestadoras de salud, prácticas explícitas e implícitas de discriminación; las que son generalizadas en la cotidianidad (entendidas como naturales), ese tipo de atención deviene obligatoriamente en producción y reproducción de relaciones de género inequitativas que atentan contra la salud, no solo de los usuarios del servicio, también de las mismas prestadoras y de la sociedad en general. (116)

En los escenarios actuales, donde la problemática de las diferencias de género es centro de interés, deben ser repasadas algunas estrategias y tácticas de implementación de políticas para gestionar el cambio necesario.

Participación de los hombres y acciones para su fortalecimiento

Cuando se lee el texto y se desentraña el subtexto implícito en la siguiente frase: *“aumentaren la planificación familiar la participación consiente del hombre en las diferentes etapas del proceso reproductivo y en la salud integral de la pareja y la familia”* (sic), puede percibirse que la participación masculina es reclamada desde y para el proceso reproductivo, y para la salud de la pareja y la familia, pero no desde y para su propia salud sexual y reproductiva, como individuo, independientemente de que se participe en la reproducción biológica o no. (20)

En el documento se plantea explícitamente la necesidad de aumentar la participación masculina en la planificación familiar y similar a lo que ocurre con las acciones para lograr otros propósitos antes abordados, la estrategia queda en mención y no se traduce en acción. La única intención explícita en

consonancia con la satisfacción de necesidades de atención masculinas es “...*augmentar la participación de los hombres en la PF mediante la divulgación, educación e información*” (20)

Entonces, si se entiende a la escasa participación masculina como producto del desconocimiento o la falta de educación sexual, es lógico que en el programa las acciones para hacer efectiva la incorporación de los hombres se dirija a la divulgación, información y educación, y no precisamente a la identificación de las necesidades masculinas, inmersas en el entramado de condicionamientos socioculturales, dentro de las que están las de género.

Las prestadoras del servicio no identifican entre posibles explicaciones para la conducta de los hombres, la influencia de patrones impuestos por la cultura patriarcal. A pesar de lo planteado, opinan que los hombres consideran más importante su trabajo y no la responsabilidad de asistir a la consulta de PF, pero no identifican esa conducta como resultante de esa división social de funciones. (6)(11) La importancia del trabajo como fuente para obtener los recursos con que sostener la familia es un constructo lógico no solo para hombres sino también para las mujeres, aunque de acuerdo a los roles de género esto tenga una connotación singular para ellos.

La actividad laboral, resultó categoría fundamental para explicar la escasa participación de los hombres a partir de los propios varones encuestados. Según teorías de género y estudios de masculinidades, el rol de proveedor es otorgado socialmente al hombre y acatar estas responsabilidades impuestas, deviene en daño a la salud de estos y las mujeres. En el caso de los encuestados, asumir ese modelo hegemónico de masculinidad como identidad, los aleja de recibir cuidados de salud equitativos con respecto a su compañera de vida. (13) (14) (15)

La división del trabajo por sexo es reconocida en la literatura científica, como el eje de las diferencias sociales entre las mujeres y los hombres. Las actividades remuneradas son descritas como realizadas predominantemente por los hombres, mientras las actividades domésticas y de cuidado de los miembros de la familia dentro del hogar son desempeñadas, sin remuneración, primariamente por las mujeres. Las mujeres, producto de transformaciones sociales y la evolución del pensamiento de las personas, están ingresando crecientemente al mercado de trabajo remunerado, aunque las responsabilidades domésticas y familiares continúan recayendo básicamente bajo su dominio. (30)

En el caso de los encuestados, algunos refirieron durante la realización del grupo de discusión ser sostén económico fundamental en el hogar, sin embargo no hacen referencia sobre la labor (remunerada o no) realizada por sus compañeras como una actividad que interfiere con los horarios de la consulta e imposibilita la asistencia contante de esas mujeres.

Una vez más pareciera que la verdadera justificación a ese comportamiento está en la manera en que esos hombres construyen y conciben su propia identidad, ejercicio que realizan bajo la influencia de patrones característicos del modelo hegemónico de masculinidad.

Esta situación no es favorable al momento de brindar un servicio de calidad pues no se presta sobre la base de la *igualdad entre mujeres y hombres* declarada dentro del propósito del Programa guía para la planificación familiar en Cuba. Al mismo tiempo, ese comportamiento legitima el cuestionamiento social hacia los hombres que desean asistir a estos servicios y que por esta razón tendrían ausencias laborales. (5)

La relevancia de la división por sexo del trabajo para el análisis de las desigualdades reside en el hecho de que esta división, no solo separa el trabajo que hacen los hombres y las mujeres; sino que asigna un valor diferencial al trabajo que realiza cada sexo, concediendo un valor generalmente más alto a las actividades --y atributos-- masculinos. Esta valoración diferencial explica la conexión entre la división por sexo del trabajo, el acceso desigual a los recursos y al poder por parte de hombres y mujeres, y la posición subordinada que tienden a ocupar las mujeres en las esferas de la vida privada y pública. El hecho de que gran parte del trabajo de las mujeres permanezca no reconocido y no valorado tiene un

impacto sobre la posición de ellas en la sociedad, sus oportunidades en la vida pública, y la ceguera de género en las políticas de salud. (30)

La asistencia de los hombres encuestados al servicio es un acto infrecuente. La verdadera razón de la concurrencia es la mediación e influencia ejercida por sus esposas y no precisamente por sentirse elemento importante en la planificación familiar. Ese resultado también coincide con otras investigaciones relativas al tema género, las que describen cómo los hombres, en su intento de reprimir todo lo femenino, no deben mostrar fragilidad y la enfermedad es sinónimo de debilidad. Por ello, acudir a los servicios de salud resulta un atropello a su masculinidad, esa visita solo se justifica si su objetivo es cuidar o complacer los caprichos de su "frágil" mujer. (5)

La situación conyugal de los hombres influye notablemente en su asistencia a los servicios de PF. Tener una pareja estable es una de los principales impulsos para asistir. La mujer, esposa, compañera sentimental, se convierte en la intermediaria principal entre los hombres y la consulta. Los hombres encuestados asisten gracias a esa intervención femenina.

Lo expuesto justifica las emociones de satisfacción al complacer con su presencia a sus esposas. Sentir malestar o desagrado por percibir falta de inclusión en el servicio que se brinda, no es una opción, pues responden correctamente al encargo social: cuidan, protegen y complacen a su contraparte femenina. (16) (52) (56)

La falta de identificación masculina con el servicio, resultado de la falta de inclusión de estos hombres, deviene en la ausencia definitiva de estos individuos en la consulta de PF. Nótese la incongruencia entre lo que ellos perciben y lo que realmente ocurre en la práctica. A pesar de entender la participación masculina como importante en la planificación familiar, no comprenden la necesidad de su asistencia constante.

Es necesario mencionar que tanto las prestadoras como los usuarios actúan de acuerdo a la norma social, siguen y reproducen estereotipos enraizados y naturalizados a partir del proceso de socialización. Transformar tal situación implicaría reconstruir la forma en la que personas concretas se perciben con capacidad, con autoridad y con soporte social para cuestionar tales estereotipos. Implica que hombres y mujeres vivan con disposición a reinventarse como personas y a redefinir su identidad genérica, más allá de especializaciones excluyentes. (11)

A criterio de la autora, una tarea de esa magnitud es prácticamente utópica. La solución más factible es la inclusión en el Programa de Planificación Familiar la identificación de necesidades de atención en SSR de hombres y mujeres, traducida en acciones explícitas y no diluidas en el discurso.

Necesidades masculinas identificadas

Las necesidades son el referente empírico de derechos humanos fundamentales, tales como el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental, el derecho a la no discriminación, y el derecho a la igualdad de género. Desde el enfoque de derechos, la satisfacción de estas necesidades no solo es obligación moral y legal del Estado, sino que las decisiones al respecto requieren de la participación de las mismas mujeres y hombres en su calidad de titulares de derecho y agentes de su propio bienestar. (30)

Ciertamente, las mujeres y los hombres comparten un conjunto de necesidades comunes a ambos sexos, pero también, tienen necesidades específicas que se derivan de las características biológicas propias de cada sexo, de los distintos roles que desempeñan socialmente, y de la posición diferencial de poder que ocupan dentro de la familia y la sociedad. (29)

En relación a las necesidades de atención en SSR, las mujeres tienen necesidades específicas que han sido históricamente desatendidas por las sociedades, y que esta desatención es tanto una causa como un resultado de formas específicas de discriminación dirigidas contra ellas. Tal énfasis en las mujeres no

debe desconocer, el papel imprescindible que juegan los hombres en la transformación de las relaciones de género. (30)

Dentro de este contexto de búsqueda de igualdad en la relaciones de género, las necesidades o intereses de género de los hombres se asocian con el cuestionamiento y ruptura, por parte de ellos, con estereotipos de masculinidad hegemónica que afectan adversamente no solo a las mujeres y otros individuos, sino también, su propio bienestar físico, psicológico y social. (30)

Para el logro de servicios de salud equitativos la satisfacción de las necesidades de cada sexo resulta un aspecto indispensable. Lograr esa meta no significa solo reconocer diferencias; sino identificarlas y abordarlas explícitamente con miras a rectificar desequilibrios estructurales y discriminación. (92)

En el programa, se percibe un intento por incluir al hombre en la PF; pues está identificada su falta de participación como limitante del proceso de atención y se le brinda, aunque deficiente, una posible solución. (20)

La necesidad de información y consejería a los hombres es la insuficiencia identificada, a resolver con acciones específicas propuestas, aunque en la práctica cotidiana la estrategia solo se aplica a las mujeres, pues son ellas las que acuden en mayor medida. Esta situación también concuerda con resultados de estudios realizados en la región, donde las políticas y planes de salud son redactados en función de las percepciones de los/las prestadores/as y no desde el sentir de los usuarios. (7) (18) (19) (20)

La lectura del subtexto implícito en algunos discursos del programa, provocan la reflexión en torno al lugar que se le asigna, asume y ocupa la mujer dentro de la pareja, en lo que a planificación familiar concierne, y que invisibiliza el lugar del hombre. Dicha lectura sugiere que la decisión del momento para la concepción, y el deseo de hacer efectiva la renovación y ampliación familiar, queda dispuesta por la mujer, aún cuando se declare es de la pareja. Esto también se traduce en el enfoque que se le da al llamado "riesgo reproductivo", que asume intervenciones que también invisibilizan a los hombres, garantías indiscutibles de la salud sexual y reproductiva de la pareja. (2) (7)

La posibilidad de brindar la consulta de planificación familiar en función de las necesidades masculinas es inobservable, la doctora y enfermera del servicio no logran ver más allá de la falta de información e interés de los hombres. A criterio de la autora, el problema no reside en una mala praxis o falta de profesionalidad, sino en la manera en que se maneja el servicio desde el diseño de la consulta. Se solucionan y satisfacen las necesidades de las mujeres mientras los hombres son tratados como espectadores del proceso.

A eso se le suma el tema del control de la asistencia al servicio, visto en las hojas de cargo como documento médico- legal, con valor estadístico, el cual solo hace visible la participación femenina. Esto lleva a cuestionar si el modo de conducir este espacio es inclusivo para los hombres. También cuestiona si un hombre, que rompa el vínculo afectivo con su compañera, podría seguir asistiendo solo al servicio para atender sus necesidades individuales.

Todo ello vuelve a transitar por las representaciones y concepciones de estas prestadoras, ancladas en el propio contexto patriarcal en el que viven y se han formado, que se ha reforzado a partir de la experiencia médico social de estas. Esa influencia no les permite percatarse que la simple acción de no registrar la visita de un hombre solo o en compañía de su compañera sentimental, les impide satisfacer las necesidades de atención de esa persona y por ende atenta contra la calidad del propio servicio que brindan.

Como se menciona en el marco teórico del trabajo de tesis, la bibliografía sobre la relación SSR y hombres resulta escasa. Los resultados obtenidos en la presente investigación reflejan coincidencias con otros estudios realizados. El comportamiento mostrado por los hombres estudiados es resultante de la asunción del modelo hegemónico de masculinidad, es decir, está vinculado con la manera en que construyen su identidad con respecto a conceptos como sexo, sexualidad, anticoncepción y planificación familiar. Similar

a resultados de investigaciones sobre masculinidades en Cuba, ellos sienten malestar con su escasa participación en esos temas; pero la presión social para que no cambien les coarta y continúan reprimiendo su sentir. (2) (7)

Interpretar estas normas sociales como naturales aleja a los hombres de la posibilidad de recibir servicios diseñados y útiles para su salud. La formación de la identidad masculina sobre esos parámetros sociales limita el acceso masculino a los servicios y por ende, resta calidad a la atención pues no se logra brindar a toda persona sin distinción y por demás no completa el enfoque a la pareja. (13) (14)

En nuestro país, grandes cambios se están gestando a favor de la equidad de género. Las transformaciones de la sociedad cubana actual, han posibilitado la paulatina transición del modelo patriarcal tradicional hacia otros que toman la equidad de género como referencia. Un ejemplo concreto es la renovación de la dinámica en la vida familiar con la incorporación del hombre como estrategia para superar hábitos y prejuicios históricamente cometidos contra las féminas al interior de esa institución. Transformaciones desde lo jurídico con la legitimación de una licencia de paternidad o posterior a la lactancia para hombres, hablan de la voluntad por lograr ese estado de equilibrio entre los géneros. (118)

Queda camino por recorrer, los hombres y las mujeres no son individuos similares, por tanto esas diferencias biológicas, sexuales, culturales y sociales tienen implicaciones respecto a cómo y cuáles son sus problemas de salud; por tanto, también en cuanto a sus necesidades de intervención sanitaria y social. (72)

Los servicios de SSR no deben diseñarse ni prestarse de manera igualitaria mas sí de forma equitativa, o sea brindar las mismas oportunidades en función de la satisfacción de necesidades de atención diferentes.

CONCLUSIONES

1. El Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo está diseñado en función de la mejora de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres por igual. Dicha estrategia solo responde de manera explícita a una única necesidad de atención masculina: la falta de orientación y educación sexual de los hombres.
2. Las necesidades de atención de los hombres que asisten a la Consulta de Planificación Familiar superan la reconocida en el programa rector: falta de orientación y educación sexual. Las identificadas aluden a la necesidad de atender los condicionamientos de género que direccionan la prestación del servicio hacia la atención casi exclusiva de la mujer.
3. El servicio brindado por el personal de salud de la Consulta de Planificación Familiar a los hombres partícipes en ese espacio no está en correspondencia con sus necesidades de atención relativas a su salud sexual y reproductiva, sino con la satisfacción de las identificadas para y por sus esposas.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados derivados de la investigación se recomienda:

Sobre el diseño del Programa:

1. Actualizar el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo sobre la base de los principios de equidad aportados por enfoques contemporáneos relativos al género, diversidades o determinantes de la salud.
2. Realizar evaluaciones sensibles al género al Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo.

3. Incluir en el diseño de todas las políticas, planes o programas de salud la perspectiva de género, especialmente en los dirigidos a la salud sexual y reproductiva de la población.
4. Evaluar las acciones propuestas en el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo con indicadores transversalizados por la categoría género

Sobre las necesidades de los hombres:

1. Divulgar y diversificar la existencia de anticonceptivos masculinos, así como la promoción de opciones de anticoncepción masculina como la vasectomía.
2. Transformar la dinámica de la consulta en función de las necesidades de atención individuales de hombres y mujeres.
3. Divulgar la existencia de la consulta resaltando los beneficios de la participación consciente de los hombres en la planificación familiar como protagonista del proceso y no como acompañante de la mujer.

Sobre la prestación del servicio:

1. Fortalecer en los planes de estudio de las carreras de Ciencias Médicas el tema género, con asignaturas que brinden las herramientas para detectar en la atención cuestiones de índole sociocultural que atentan contra la equidad y acceso a los servicios.
2. Diseñar la estructura física de la consulta de planificación familiar en función de las necesidades de atención de mujeres y hombres por separado. Ejemplo: crear espacios para la atención diferenciada al hombre, apoyarse de material didáctico para motivar la participación masculina no como acompañante sino como protagonista del proceso.
3. Crear mecanismos para el registro de los datos y situaciones de salud de los hombres que asistan a la consulta y sobre esa información identificar y satisfacer sus necesidades de atención en cuanto a salud sexual y reproductiva

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Reproductiva 113ª Reunión. Ginebra: OMS; 2003.
2. Prendes M., Aparicio, Z., Guibert W. y Lescay O. Participación de los hombres en la Planificación Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [internet] 2001 [citado octubre 2014]; 17(3) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_3_01/mgi02301.htm
3. Centro de prensa. Planificación familiar. Nota descriptiva [internet] 2013 [citado octubre 2014]; (351) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
4. Figueroa-Perea J. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Cad. Saúde Pública [internet] 1998 [citado junio 2014]; 14(1) Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1344.pdf>
5. Tájer D. Género y Salud. Las políticas en acción. Editorial Lugar. Argentina, 2012.
6. Gúezmes A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. Editorial OPS/PALTEX. Washington, D.C, 2004.
7. Rodríguez V., Castañeda I.E, Rodríguez A., Díaz Z, Lozano A. Necesidad del abordaje de los estudios de la salud sexual y reproductiva en el hombre. Revista Cubana de Salud Pública 39(1); 2013. Pp 65-69
8. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo: OMS; 1994

9. Ramos M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev Perú MedExp Salud Pública [internet] 2006 [citado noviembre 2013]; 23(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a10v23n3>
10. OPS/OMS. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. [internet] 2008 [citado noviembre 2013]; Disponible en: <http://publications.paho.org/product.php?productid=946>
11. Schutter M. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. Rev Panam Salud Pública [internet] 2000 [citado noviembre 2013]; 7 (6). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rps/v7n6/2358.pdf>
12. Serrano P. La perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública. Rev Cubana Salud Pública [internet] 2012 [citado junio 2014]; 38(5) Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_5_12/sup14512.htm
13. Connell R. El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En: Valdés T. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Editorial Flacso/Cepal. República de Chile 1998.
14. Olivarría J. Apuntes para la construcción de una agenda pro género que incorpore a los hombres. En: Astellarra J. (coord) Pacto entre los géneros y políticas públicas. Género y cohesión social. Instituto de la mujer-Ministerio de Igualdad. España, 2009.
15. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. [internet] 2001 [citado octubre 2014] Disponible en: http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf
16. Mas S. ¿sabemos el costo de ser hombres? Entrevista a Patricia Ares. Periódico Granma, martes, 24 de abril del 2001. P-5
17. Maddaleno M., Morello P. e Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex [internet] 2003 [citado mayo 2013]; 45(1) Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15454.pdf>
18. Moya C. La salud sexual y reproductiva de los hombres. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Familia y Población. [internet] 2003 [citado mayo 2014] Disponible en: <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/fssaludsexual.pdf>.
19. Herrera G., Rodríguez L. Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. En: Masculinidades en Ecuador. Editorial Flacso/UNFPA.
20. MINSAP. Comisión nacional de planificación familiar y riesgo reproductivo. Marco conceptual, programa plan estratégico. Cuba 2001
21. Género. Organización Mundial de la Salud.[internet] 2014[citado abril 2013] Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
22. Castañeda I.E. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública [internet] 2007 [citado octubre 2014]; 33(2) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433211>
23. de Barbieri T. Movimientos feministas. Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 5
24. Gamba S. Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Editorial Biblos 2008
25. Paula di Nicola, G. Reciprocidad hombre/mujer. Igualdad y diferencia. Narcea, S.A, Ediciones Madrid. 1991.
26. Pastor G. Sociología de la familia. Enfoque institucional y grupal. Ediciones Salamanca, 1999.
27. Gomález E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas. Editorial FLACSO. Chile, 1992.
28. Artilés L, Alfonso A. Género. Bases para su aplicación en el sector salud. Organización Panamericana de la Salud, 2011
29. OPS/OMS. Plan Estratégico de Transversalización. Perspectiva de Género en Salud 2014-2018 en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana. [internet] 2014 [citado noviembre 2014] Disponible en: <http://www.cide.edu/docs/buenas-practicas/equidad-genero/PPSalud.pdf>
30. Gómez E. Análisis de género: Bases conceptuales y metodológicas. OPS. WDC. [internet] 2011 [citado noviembre 2014] Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26259/mod_folder/content/0/Lectura_basica_M3.Els_a_G.pdf?forcedownload=1.
31. Peiró S. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. GacSanit [internet] 2004 [citado abril 2014]; 18 (2) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v18s2/revision4.pdf>

32. Espinosa J. La evaluación sensible al género: Una herramienta para mejorar la calidad de la ayuda. Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica [internet] 2010 [citado abril 2013] Disponible en: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00532615>
33. Sierra B. Criterios para la evaluación con perspectiva de género. Revista Española de Desarrollo y Cooperación, no. 6, Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación, Madrid, 2000, pp. 96
34. M.A. Sallé. Evaluación de políticas públicas. Aspectos clave y género. En: P. Dosal (coord.) ¿Cómo evaluar las políticas públicas desde la perspectiva de género? Editorial, Bizkaia [internet] 2003 [citado enero 2015] Disponible en: <http://bizkaia.net/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/2003%20mayo%20C%C3%B3mo%20evaluar%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20desde%20la%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero.pdf>
35. Murguialday C, Vázquez N y González L. Un paso más: Evaluación del impacto de género [internet] 2008 [citado enero 2015] Disponible en: http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Un_paso_mas_evaluacion_del_impacto_de_genero.pdf
36. Rodríguez G, Meléndez N, Velázquez E. y Fuentes M. C. Tomándole el pulso al género. Sistemas de monitoreo y evaluación sensibles a género. Unión Mundial para la Naturaleza y Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano [internet] 1999 [citado enero 2015] Disponible en: http://www.fongdcam.org/manuales/genero/datos/docs/3_PROYECTOS_ACTIVIDADES_Y_RECURSOS/DESARROLLO_Y_DERECHOS_HUMANOS/MATERIALES_DESARROLLO_Y_DDHH/SERIE_HACIA_LA_EQUIDAD/Serie_hacia_la_equidad_4_MONITOREO_Y_EVALUACION.pdf
37. Longwe C. El marco conceptual de igualdad y empoderamiento de las mujeres. En: León M. (comp): Poder y empoderamiento de las mujeres. TM Editores [internet] 1997 [citado enero 2015] Disponible en: <http://www.ifad.org/gender/workshop/regional/selfassessments/progenero.pdf>
38. Moser C. La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género. En: Guzmán V., Portocarrero P., Vargas V. Una nueva lectura: género en el desarrollo. [internet] 1991 [citado enero 2015] Disponible en: http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/6644/1/BVCI0006868_1.pdf
39. Parker R, UNICEF. Matriz de análisis de género (Gender Análisis Matrix GAM). En: Conceptos y marcos para el análisis y la planificación en función del género. Gender y Development Training Center [internet] 1996 [citado enero 2015] Disponible en: www.ruta.org/toolbox/node/533
40. Kabeer N: La división del trabajo en el sistema de relaciones sociales. En: Colectivo de autores. Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo. Editorial Paidós. [internet] 1998 [citado enero 2015] Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2009/CDProtCivil/pdf/DOC11.pdf>
41. UNFPA. Informe estado de la población mundial. Desde conflictos y crisis hacia la renovación: generaciones de cambio. [internet] 2010 [citado abril 2013] Disponible en: www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_2010_spa.pdf
42. Álvarez M, Salvador S, González G, Raúl D. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [internet] 2010 [citado noviembre 2014]; 48(3) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v48n3/hie10310.pdf>
43. Díaz, M.; Díaz, J. y Townsend, J. Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina. [CD-ROM] 1992 Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar.
44. Figueroa, P. Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana. En: Ortiz-Ortega A. (comp) Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México. Editorial EDAMEX. México, 1999.
45. Diaz S. Información sobre la situación de la Planificación Familiar en Chile. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [internet] 2012 [citado noviembre 2014] Disponible en: http://www.anticoncepciondeemergencia.cl/documentos/inf_situac_planific_familiar_chile.pdf
46. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 20418. Legislación chilena. [internet] 2012 [citado noviembre 2014] Disponible en: http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201204161100160.ley_reg_fertilidad.pdf
47. Molina R. Ley 20418: historia de una ley por la dignidad de la mujer chilena. Rev chilobstetginecol [internet] 2013 [citado junio 2014]; 78(2) Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n2/art02.pdf>
48. MINSAL. Gobierno de Chile. Salud, sexual y reproductiva. Disponible en: http://web.minsal.cl/SALUD_SEXUAL_Y_REPRODUCTIVA

49. OPS/OMS. Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. [internet] 2007 [citado diciembre 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24bcd68e04001011e013bfb.pdf>
50. Hatcher R., Rinehart R., Geller J., Shelton J. The Essentials of Contraceptive Technology. [internet] 2003 [citado enero 2015] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/1885960018_eng.pdf
51. Schiappacasse V., Vidal P. Chile, situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Editorial Icmec/Corsap [internet] 2010 [citado enero 2015] Disponible en: http://www.icmec.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/chile_situac_salud_y_der_sex_y_re_p.pdf
52. Olavarría J. Los estudios sobre masculinidades en América Latina. Un punto de vista. Anuario Social y Político de América Latina y El Caribe [internet] 2003 [citado abril 2013]; 6 Disponible en: http://www.nuso.org/upload/anexos/foro_390.pdf
53. Ortega M. Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica [internet] 2005 [citado octubre 2014]; Disponible en: http://www.berdingune.euskadi.net/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/Masculinidad%20y%20factores%20socioculturales%20asociados%20al%20comportamiento%20de%20los%20hombres%20estudio%20en%20cua.PDF
54. Muñoz M. Percepción social masculina en torno a los principales rasgos que definen la femineidad. Un estudio de caso. Trabajo de diploma. Ciudad de La Habana, julio 2001. P.21
55. Zapata M. Más allá del machismo. La construcción de masculinidades. En: Género, feminismo y masculinidad en América Latina. Ediciones Heinrich Böll. San salvador, 2001, pp. 232-233.
56. ¿Qué es lo que caracteriza al hombre? Revista de la investigación europea [internet] 2005 [citado febrero 2014]; 44 Disponible en: http://ec.europa.eu/research/rtinfo/44/print_article_2038_es.html
57. Kimmel M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. Ediciones de las Mujeres [internet] 1997 [citado febrero 2014]; 24 Disponible en: http://www.jerez.es/fileadmin/Documentos/hombresxigualdad/fondo_documental/Identidad_masculina/16.pdf
58. Kaufman M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres.[internet] 2008 [citado abril 2013] Disponible en: <http://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2008/12/los-hombres-el-feminismo-y-las-experiencias-contradictorias-del-poder-entre-los-hombres.pdf>
59. Dobles I. Diferenciación y reconocimiento mutuo en lo intergenérico: Chodorow y Jessica Benjamín. Revista Reflexiones [internet] 2003 [citado junio 2013]; 82(2) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4796226>
60. Ramírez R. Pensando la violencia que ejercen los hombres contra sus parejas: problemas y cuestionamientos. Redalyc [internet] 2002 [citada septiembre 2014]; 31 (8) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11203109.pdf>
61. Graña F. La dominación masculina en entredicho. Androcentrismo y "crisis de masculinidad" en la producción científica reciente. [internet] 1999 [citado febrero 2014] Disponible en: http://www.jerez.es/fileadmin/Documentos/hombresxigualdad/fondo_documental/Identidad_masculina/La_dominacion_masculina_en_entredicho.pdf
62. Valdés T, Olivarría J. Masculinidad y equidad de género en América. Editorial FLACSO.Chile, 2002
63. Olivarría J., Parrini R. Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia. Editorial FLACSO. Chile, 2000.
64. Ramírez J.C. ¿Será que la hombría cansa? Revista de Estudios de Género. La ventana [internet] 2007 [citado noviembre 2013]; 26 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/884/88432612.pdf>
65. Harris.CC. Familia y sociedad industrial. Ediciones Península. Barcelona, 1986.
66. Giner S y otros. Diccionario Sociológico. [internet] [citado octubre 2014]; Disponible en: <http://blogs.ujaen.es/fcanton/wp-content/uploads/2011/01/Conceptos-B%C3%A1sicos-en-el-Diccionario-de-Sociolog%C3%ADa.pdf>
67. Mas S. ¿Sabemos el costo de ser hombres? Entrevista a Patricia Ares. Periódico Granma (La Habana). Martes, 24 de abril del 2001.
68. Ares P. Mi familia es así. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1990.
69. Sloan, T., Reyes R. La deconstrucción de la masculinidad. [internet] [citado octubre 2014] Disponible en: <http://www.edualter.org/material/masculinidad03/deconstruccion.htm>

70. Acosta, M. T. y Uribe, F. Masculinidad, adolescentes y representación social. En: Montesinos R. Perfiles de la Masculinidad. Universidad Autónoma Metropolitana México, 2007.
71. González JC. Feminismo y masculinidad: ¿mujeres contra hombres?. Revista Temas, 2004 (37-38)
72. González JC. Masculinidades, generando el debate. En: Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. Editorial de la mujer. La Habana, 2010. P. 9-18
73. Ares P. Virilidad. ¿Conocemos el costo de de ser hombre? primera parte. Revista Sexología y Sociedad. 4 (2), abril, 1996.
74. Rivero R. Ser papá: rol versus función. Revista Sexología y Sociedad año 12, no. 32, 2006.
75. Rivero R. La representación social del rol paterno en Cuba. Sus implicaciones sociopolíticas Tesis para la obtención del grado de doctor en Ciencias Filosóficas. 1998
76. Lazcon. E. Primipadre. Tesis para optar por título licenciado en psicología. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, 2009.
77. Núñez N. El rol de la paternidad y la Padrectomía post-divorcio. Tesis para optar por título licenciado en psicología. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, 2010.
78. Avilés M. Cuando los hijos viven con sus padres. Estudio psicológicos de familia de padres custodios. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, 2012.
79. Álvarez L, León EM, de Armas T y Calero JL. Percepción y comportamientos de la sexualidad y la reproducción según los hombres. Publicaciones Azucareras, 2010.
80. Castañeda I.E, Segura O, Pérez J. Construcción de un indicador sintético para medir diferencias de género en la etapa media y tardía de la adolescencia. Temas de Actualización en Salud Pública [CD-ROM]. La Habana: MINSAP, ENSAP; 2004
81. Diaz Z. Representaciones socioculturales de la infertilidad y su atención en los servicios de salud. Tesis para optar grado doctor en ciencias, 2012.
82. Ochoa R, Rojo N. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la Salud Pública cubana. Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida. La Habana, 2006
83. Rodríguez V. Programa educativo para modificar conocimientos y actitudes de los hombres en planificación familiar. Sagua La Grande, Villa Clara, 2012-2013. Tesis para optar grado Master en ciencias, 2013.
84. Torres W. Comportamiento sexual y reproductivo en hombres. Un estudio comparativo a partir de territorio de residencia. En: Género salud y sexualidad. Cedem, 2013.
85. Olivarría J. Diálogo Nacional: Promoción de la salud sexual y reproductiva en la reforma del sector salud. FLACSO-Chile 2003
86. Family Planning Programs. "Why men's now?" Population Reports. Series J, Number 46.
87. Mendoza D. Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros. [internet] 2006 [citado noviembre 2014] Disponible en: http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2006/sdm06_04.pdf
88. Gómez-Dates O, García-Núñez J. Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de Planificación familiar. Revista Salud Pública de México [internet] 1994 [citado noviembre 2014]; 36 (2) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10636208.pdf>
89. Williams T, Schutt-Ainé J, Cuca Y. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a través de encuestas de satisfacción de clientes. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. [internet] 2001 Número especial [citado noviembre 2014] Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701401S.pdf>
90. Greene, M and Biddlecom A. Absent and problematic men: Demographic accounts of male reproductive roles. Population and Development Review [internet] 2000 [citadonoviembre 2014] 26(1); Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http://www.researchgate.net/profile/Ann_Biddlecom/publication/4994900_Absent_and_Problematic_Men_Demographic_Accounts_of_Male_Reproductive_Roles/links/0f31752e65f931a3d0000000.pdf&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm0Z4p_HUTn0xMj8bmZn8dJW8lhHMg&nossl=1&oi=scholarr&ei=bkQIVdahF8aYsAX15oDgCA&ved=0CBwQgAMoADAA
91. Ringheim, K. When the client is male: Client-provider interaction from a gender perspective. International FamilyPlanningPerspectives [internet] 2002 [citado noviembre 2014]; 28(3) Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2817002.htm>
92. Espinosa D, Paz L. la perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. Sociología [internet] 2004 [citado diciembre 2014]; 19(54) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3050/305026633005.pdf>

93. Lundgren R, Gribble J, Greene M, Emrick G, de Monroy M. Cultivando el interés de los hombres por la planificación familiar en las zonas rurales de El Salvador. *Studies in FamilyPlanning* [internet] 2005 [citada diciembre 2014]; 36 (3) Disponible en: http://irh.org/wp-content/uploads/2013/05/Cultivating_Mens_Interest_SPA.pdf
94. Forelt J, Lundgren R, Mendoza I, Valmaña D M, Canahuatl J. 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. *Documentos de trabajo* [internet] 1998 [citada diciembre 2014]; (10) Disponible en: http://irh.org/wp-content/uploads/2013/05/Cultivating_Mens_Interest_SPA.pdf
95. Calero JL. Salud reproductiva ¿estamos educando bien?. *Revista Sexología y Sociedad* 1999; 5 (3)
96. Calero JL, Santana F. La solución ante la infertilidad. Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento. *Rev Cubana Endocrinol* [internet] 2006 [citado noviembre 2014]; 17 (2) Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol17_2_06/end02206.htm
97. IPPF European Network, Unión Europea. Las necesidades no cubiertas de planificación familiar: Manual de herramientas de incidencia política para la promoción de la planificación familiar. *Argumentario para satisfacer las necesidades no cubiertas.* [internet] 2012 [citado diciembre 2014] Disponible en: http://www.countdown2015europe.org/wpcontent/upLoads/2012/08/Brochure_ReproductiveHealth-ES-V9.pdf
98. Gómez M.A. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: definición y metodología. *Revistas Ciencias Humanas* [internet] 2000 [citado enero 2014]; (20) Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
99. Bacallao J, Alerm A, Artilles L. *Texto Básico de Metodología de la Investigación Educativa*. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana: ENSAP; 2002.
100. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill Interamericana; México DF 2006.
101. De Souza MC. *La artesanía de la investigación cualitativa* Lugar Editorial. Argentina 2009
102. Bardín, L. *Análisis de Contenido*. Editorial Akal. Madrid. 1986
103. (Colectivo de autores) *Libro de trabajo del sociólogo*. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, 1988.
104. Ibarra F y coautores. *Metodología de la investigación social*. Editorial Félix Varela. La Habana, 2001
105. Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba. *Anuario estadístico provincial* [internet] 2013 [citado enero 2013] Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/provincias_masinf/la%20habana.htm
106. ECURED. Municipio Cerro [internet] 2013 [citado enero 2013] Disponible en: <http://www.ecured.cu/index.php/Cerro>
107. Oficina de estadística del Policlínico Docente "Antonio Maceo". *Dispensarización año 2014*.
108. García R. Salud sexual y salud reproductiva: un compromiso vigente *Rev Cubana Salud Pública* 2013; 39(1).
109. Secretaría de salud. Programa de acción específico 2007-2012 *Planificación Familiar y Anticoncepción.* [internet] 2011 [citado enero de 2014] Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/planificacion-familiar-y-anticoncepcion>
110. Ministerio de salud pública y asistencia social. *Guía técnica de atención en planificación familiar.* [internet] 2008 [citado enero de 2014] Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_planificacion_familiar.pdf
111. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. *Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres.* [internet] 1999 [citado enero 2014] Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/05pfamiliar.pdf>
112. Artilles L. Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud. *RESUMED* [internet] 2000 [citado enero 2014]; 13 (3) disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_3_00/res04300.pdf
113. Vela J. *Modificaciones de las asignaturas de Salud Pública en el plan de estudio perfeccionado de la carrera de medicina. 1985-2010. Trabajo para optar por el título de master en educación médica.* La Habana, 2011
114. Megna A. *Apuntes históricos para el estudio de la educación de la sexualidad. Cuadernos de educación y desarrollo.* [internet] 2011 [citado enero 2015]; 3(29) Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ced/29/ama.htm>

115. Alvaré, L. E. "Conversando íntimamente con el adolescente varón". Divulgación Científico-técnica. Pinos nuevos, 2003
116. Gaba M. La organización generizadas. La perspectiva de género en acción en el mundo de las organizaciones. En: Tájer D. Género y Salud. Las políticas en acción. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina. 2012
117. García P. Políticas de igualdad, equidad y gendermaistreaming. ¿De qué estamos hablando? En: PNUD. Gestión del conocimiento para la equidad de género en Latinoamérica y El Caribe. [internet] 2008 [citado enero 2015] Disponible en: http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/doc_732_Politicadeigualdad23junio08.pdf
118. Fariñas L. Un código de amor para la familia. Granma, sábado 14 de febrero de 2015. Pp. 3