

Caja Costarricense de Seguro Social Sección Salud de la Mujer

Masculinidad y Salud
Sexual y Reproductiva:
Creencias, actitudes y prácticas
en usuarios y prestadores de Servicio.
El caso del Área de Salud
Turrialba-Jiménez

Diagnóstico de Situación

Elaborado por:
Oscar A. Valverde Cerros

Con la asistencia técnica de:
Eduardo Solano Mora

**** Enero del 2003****

Índice

Presentación	4
I. Marco Teórico Referencial.....	7
La construcción de las identidades masculinas.....	8
Masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva.....	24
II. Preguntas y objetivos del diagnóstico.....	37
III. Metodología de diagnóstico.....	41
Tipo de estudio.....	42
Población y sujetos de investigación.....	42
Procedimientos y técnicas de investigación.....	43
IV. Análisis de los resultados del diagnóstico.....	46
Hombres usuarios de los servicios de salud.....	47
Prestadores y prestadoras de los servicios de salud.....	74
V. Consideraciones Finales.....	97
VI. Referencias bibliográficas.....	109
VII. Anexos.....	114

Índice de gráficos y cuadros

- GRÁFICO NO. 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN RANGOS DE EDAD
- GRÁFICO NO. 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN SITUACIÓN DE ESCOLARIDAD
- CUADRO NO. 1. TIPO DE TRABAJO REALIZADO POR LOS HOMBRES ENCUESTADOS
- GRÁFICO NO. 3. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE SSR REPORTADAS POR LOS USUARIOS
- GRÁFICO NO. 4. MEDIOS PREFERIDOS POR LA POBLACIÓN ENCUESTADA PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SSR
- GRÁFICO NO. 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PRESTADORES ENCUESTADA SEGÚN SEXO
- GRÁFICO NO. 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PRESTADORES ENCUESTADA SEGÚN RANGO DE EDAD
- GRÁFICO NO. 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS PRESTADORES ENCUESTADOS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD
- CUADRO NO. 2. FUNCIÓN QUE DESEMPEÑAN LOS PRESTADORES Y LAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ENCUESTADOS(AS)
- GRÁFICO NO. 8. POBLACIONES PREFERIDAS POR LOS(AS) PRESTADORES(AS) PARA BRINDAR ATENCIÓN EN SALUD
- GRÁFICO NO. 9. POBLACIONES PREFERIDAS POR LOS(AS) PRESTADORES(AS) PARA BRINDAR ATENCIÓN EN SALUD, SEGÚN SEXO DEL(A) FUNCIONARIO(A)
- GRÁFICO NO. 10. PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE POBLACIÓN MASCULINA SEGÚN PRESTADORES(AS) DE SERVICIOS DE SALUD
- GRÁFICO NO. 11. PRINCIPALES REQUERIMIENTOS DE PRESTADORES(AS) PARA SENTIRSE PREPARADOS PARA DAR SERVICIO DE CALIDAD A POBLACIÓN MASCULINA

Presentación

Al ocuparnos de la Salud Integral de nuestras poblaciones, necesariamente debemos incorporar como dimensiones inherentes de la misma, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva, aspectos ambos complementarios y estrechamente relacionados entre sí.

En esta línea de concepción de la salud y desde la segunda mitad de los años setenta, han venido desarrollándose procesos en diversas latitudes del planeta, orientados no solo a clarificar estas dimensiones de la salud, sino también a diseñar y ejecutar planes, programas y proyectos que permitan promoverlas y atenderlas de forma integral.

No obstante, a pesar de estos importantes esfuerzos, ha existido en ellos, no solo una focalización sobre aquellos aspectos relacionados con la anticoncepción y el embarazo —dejando de lado otras aristas y otros componentes igualmente relevantes—, sino que además, ha existido un énfasis exagerado (o más correctamente desigual) sobre la población femenina, a la que por condiciones de carácter cultural, se les ha propuesto como las responsables directas (si no es que únicas) de la planificación familiar, el cuidado de la salud de su progenie, entre otros.

Es así como, el tradicional enfoque de atención de la salud conocido como “materno infantil” e impulsado años atrás con tanta fuerza por las instituciones nacionales y por los organismos internacionales de cooperación, contribuyó con el establecimiento de políticas de salud, planes, programas y, en el aspecto más operativo, con prácticas institucionales que no incluían a los hombres como sujetos y participantes activos en la producción y cuidado de su propia salud y la de sus familias.

Es así como, desde un contexto socio-histórico atravesado por una ideología patriarcal y desde enfoques de salud poco o nada género sensibles (o con enfoques de género equivocados desde los cuales solo se contemplaba la situación de las mujeres), se dejó de lado y se descuidó la atención de la salud de los hombres, quienes además se resistían —y siguen haciéndolo— a asistir a los centros de salud.

Toda esta situación, sobra decir, ha configurado un panorama de construcción social de la salud en la que no existe un involucramiento activo de los hombres en su salud en general, y en su SSR¹ específicamente, recargando a las mujeres e impactando negativamente la salud en general de ambas poblaciones y sus familias.

¹ SSR: Salud Sexual y Reproductiva.

No es sino hasta 1994, que en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, representantes de 180 países incorporan, como una meta dentro del Plan de Acción resultante del consenso y la deliberación —marcando así un rumbo para la acción de los siguientes veinte años—, “la necesidad de promover la igualdad entre los sexos en la familia y señala en particular que los hombres deberían asumir mayor responsabilidad por su propia fecundidad y la crianza de sus hijos” (FNUAP, s.a.; p. 7), lo cual impone la necesidad de desarrollar esfuerzos para determinar no solo las necesidades de los hombres en esta y otras materias, sino también sus percepciones, representaciones, actitudes y prácticas, así como todos aquellos obstáculos y barreras que dificultan el acceso de esta población a servicios de salud de calidad.

Precisamente con esa intencionalidad, la Sección Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, inicia en el mes de setiembre del 2002, un proceso orientado a:

- el desarrollo de un diagnóstico de situación referido al sistema de creencias y actitudes que poseen, usuarios y prestadores de servicios de salud del Área de Salud Turrialba-Jiménez, en torno a la salud sexual y reproductiva de los varones;
- la identificación de prácticas de los prestadores de servicios en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población masculina;
- la identificación de fortalezas, limitaciones y oportunidades en los servicios de salud para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de los varones y;
- la definición de elementos por tomar en cuenta para el establecimiento de un Programa de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de los varones.

El presente documento contiene los resultados de este proceso, el cual contempló la utilización de diversas estrategias y técnicas metodológicas tendientes a recopilar la información suficiente que, una vez analizada, sirviera como diagnóstico de situación, base y aproximación inicial para el desarrollo y fortalecimiento de un programa de atención integral en salud pensada desde la realidad de la población masculina de nuestro país.

Es así como, en un primer apartado se presenta el Marco Teórico Referencial que orientó el proceso y que sirvió de base teórica para el análisis de la información recopilada.

Posteriormente, se presentan las preguntas fundamentales que se pretenden abordar con el estudio, así como los objetivos definidos para el proceso.

En un tercer apartado, se presentan dentro de la Metodología del estudio, la población elegida y los sujetos de investigación seleccionados, así como los procedimientos desarrollados a lo largo del diagnóstico.

En un cuarto apartado, se presenta el análisis de los resultados más importantes obtenidos mediante las diversas técnicas de recopilación de información. En este sentido, y para facilitar la comprensión de los datos y sus interpretaciones, el análisis se presenta de forma tal que se van integrando en su desarrollo, todas las informaciones resultantes de las entrevistas individuales, grupos focales y encuestas. No obstante, para efectos de posibilitar una mayor claridad respecto de las particularidades encontradas en cada una de las poblaciones (usuarios o prestadores de servicios), se presentaran los análisis correspondientes en dos subapartados discriminados.

Como quinto apartado se consignan las Consideraciones Finales, las cuales se proponen como un análisis y reflexiones globales de lo encontrado en todo el proceso. Además se integra acá, la propuesta resultante del análisis del diagnóstico en torno a los elementos que deberían ser tomados en cuenta para el establecimiento de un Programa de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de los varones.

Cerrando el documento, después de las referencias bibliográficas, se incorporan diversos documentos anexos relativos al proceso llevado a cabo.

Es importante, agradecer la colaboración brindada al proceso tanto por el personal de la Clínica Integrada de Salud de la Familia, así como del Área de Salud Turrialba-Jiménez. Especial reconocimiento merecen la Licda. Yenory Thomas y la Dra. Viviana Brenes Solano, quienes fueron un importante apoyo logístico y de coordinación.

Así mismo, deseo agradecer a mis colegas, Eduardo Solano, Evelyn Durán y Dunnia Espinoza por toda su colaboración, apoyo técnico e invaluable aportes que brindaron en las distintas fases del proceso.

Por último, es necesario agradecer a los hombres participantes en los grupos focales, por compartir con nosotros su modo de ver el mundo, sus temores, sus experiencias, necesidades e ideas. También por dejarnos ver que, aunque falta mucho por hacer, los cambios pequeños pero significativos que se han dado en diferentes estratos de nuestra cultura, nos permiten soñar con un mundo más humano, equitativo, solidario y libre de las limitaciones que imponen los modelos hegemónicos de construcción identitaria de los géneros.

I. Marco Teórico Referencial

La construcción de las identidades masculinas

Si bien la reflexión y el análisis sobre la construcción sociocultural del género inicia alrededor de los años 50 en el contexto de las luchas de reivindicación femenina, las cuales proponían una ruptura con la ideología patriarcal que pretendía naturalizar los roles y las condiciones a las que se encontraban sujetas las mujeres, el enfoque imperante en este movimiento de cambio social, caracterizado por una posición feminista radical (que con el tiempo ha ido cambiando y moderándose), excluía de la discusión la situación de las poblaciones masculinas en torno a la construcción de su identidad de género.

Es quizás, hasta en las últimas dos décadas, cuando se toma conciencia de la interdefinición relacional de los dos géneros, generándose así, junto a las ya avanzadas discusiones sobre la femineidad, un creciente interés de teóricos, investigadores y académicos de diversas disciplinas científicas, por el tema de la construcción de las identidades masculinas.

Esto, no solo ha generado una producción significativa de documentos, artículos, tratados e investigaciones al respecto, sino que ha aumentado también, la organización y desarrollo de actividades de diversa índole (profesionales, académicas, entre otros) que han posibilitado compartir, conocer y divulgar los trabajos, avances y conclusiones a las que están llegando investigadores e investigadoras de distintos países y regiones del mundo.

Dentro de este movimiento, en América Latina se han desarrollado, solo por citar algunos ejemplos, actividades tales como la Conferencia Regional “La equidad de género en América Latina y el Caribe: desafíos desde las identidades masculinas” efectuada en Santiago de Chile en 1998 (Valdés y Olavaría, 1998); el “Simposio sobre Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas”, realizado en Oaxaca, México, en octubre de 1998 (IPPF/RHO y AVSC International, 1999); y el “Primer Encuentro Centroamericano acerca de Masculinidades” llevado a cabo en San Isidro de Coronado, Costa Rica en noviembre del 2001 (Instituto Costarricense para la Acción e Investigación de la Masculinidad, Pareja y Sexualidad —Instituto WEM).

De esta manera, poco a poco se ha gestado la inclusión, no solo de la masculinidad como tema de interés —social, científico, académico, etc.—, sino además, se ha posibilitado la inclusión del propio sector masculino en las reflexiones y análisis sobre la situación de hombres y mujeres, consolidándose y clarificándose aún más el enfoque género sensible, el cual se constituye en nuestros días como un enfoque rector en las acciones dirigidas a diversas poblaciones y construidas junto con ellas.

Precisamente es desde este enfoque, el cual parte del reconocimiento de las diferencias y particularidades de las personas de ambos sexos y se proyecta

hacia la superación de las inequidades, que se procuran articular las políticas públicas y programas en los distintos campos del desarrollo humano de los países del mundo.

Así, en lo tocante a la organización de los servicios de salud para la población masculina, este enfoque posibilita responder a las condiciones concretas de género —sin perder de vista otros condicionantes— logrando una incorporación real y efectiva de los varones en dichos servicios.

Por suerte, el interés por comprender y conocer las realidades, internas y externas, que vive la población masculina en los distintos contextos geográficos y socio-culturales —lo cual redundará, como ya se mencionó, en beneficio de una organización de servicios adecuada al usuario y centrada en la demanda— empieza a consolidarse gracias a la confluencia de dos aspectos.

En primer lugar, la solidez metodológica, teórica y técnica de las investigaciones que se desarrollan, así como de sus análisis y sus propuestas, han generado la confianza suficiente en distintos sectores para retomar los hallazgos y recomendaciones planteadas en dichos trabajos.

En segundo término, los avances en la reflexión crítica sobre el tema y las evidencias recogidas mediante experiencias exitosas, han señalado con contundencia, que al incorporar al hombre activamente en los procesos de producción social de la salud (incluyendo áreas como la planificación familiar y la salud reproductiva —Wulf y Perrow, 2001—) y de promoción del desarrollo humano, como un ser humano integral, con particularidades relativas a su construcción identitaria y con derechos y responsabilidades inherentes a su condición humana, se potencia en los procesos internacionales e interculturales que se vienen gestando e impulsando desde hace más de treinta años, un desarrollo más equitativo de la población (respetando y buscando hacer respetar los derechos que poseen mujeres y hombres) y una buena calidad de vida tanto para el hombre como para la mujer.

En este estado de cosas, es interesante observar que, cada vez más se presenta, entre las innumerables experiencias investigativas y teorizaciones actuales sobre masculinidad y género, una coincidencia de criterios que han enfatizado en la necesidad de reconocer la co-existencia de múltiples configuraciones identitarias masculinas en lugar de considerar la existencia de una sola identidad en los varones (v.gr. PROSIM, 1999; Abarca, 2000; Lundgren, 2000; Garita, 2001).

De esta manera, las investigaciones y teorizaciones actuales reconocen la existencia de un modelo hegemónico de masculinidad (llamada también tradicional), pero a la vez señalan la existencia de rupturas y variantes que constituyen una importante diversidad de identidades masculinas.

Tal como lo señala Abarca (2000), siguiendo a Sarti (1995)

“la existencia de un modelo dominante supone la posibilidad de subjetividades masculinas que se relacionan en forma diversa con el paradigma, acatando, negando o pervirtiendo su mandato de acuerdo con el contexto en que se encuentren”. (p. 196)

Este nuevo enfoque entonces, transita de una visión tradicional, y probablemente más ingenua, en la que se pensaba que todos los hombres poseen una misma identidad, a una nueva conceptualización y concepción del asunto, la cual propone que el hecho de que los hombres de diferentes países, regiones, lugares y culturas hayan vivido y estén viviendo distintos patrones de crianza y estén expuestos a diferentes estímulos culturales, variadas presiones sociales, y diversas experiencias y vivencias vinculares, hace que estos posean distintas percepciones, representaciones, actitudes, visiones y pensamientos, configurándose de este modo diferentes identidades (o podríamos decir matices dentro del modelo de masculinidad propuesto por la ideología patriarcal). Incluso ahora se reconoce la posibilidad de que dos hombres que viven en la misma localidad y en la misma época, puedan tener identidades masculinas relativamente diferentes.

Desde esta perspectiva, la identidad masculina de un hombre costarricense de zona rural puede ser distinta a la de uno de zona urbana; o a la de otros hombres de zonas rurales de países vecinos (Nicaragua y Panamá). Incluso, dos hombres que viven en el mismo barrio y en la misma época histórica pueden tener identidades masculinas particulares y diferentes.

Partiendo de estas consideraciones entonces, se hace necesario clarificar algunas preguntas que surgen cuando abordamos el tema. ¿Cómo se construyen estas múltiples identidades masculinas?, ¿cómo se desarrolla ese proceso y qué variables participan en él?, ¿cuál es el papel que juega la sociedad? y ¿cómo influyen estas identidades en la vida de los hombres?, son sólo algunas de las interrogantes que procuraremos abordar en lo sucesivo.

Los siguientes apartados de este marco teórico referencial buscan, precisamente, acercarse a respuestas posibles a estas interrogantes, lo cual permitirá formarse una idea más comprehensiva sobre las identidades masculinas y los procesos que están en la base de su constitución.

Género y procesos de socialización

Es frecuente observar —a partir de diversos signos y discursos sociales, así como prácticas y rituales cotidianos— cómo frente a la noticia de la “llegada de un nuevo ser” e incluso antes de su nacimiento, ya la sociedad establece de distintas formas y por distintos medios, una serie de expectativas, demandas y

limitantes al futuro ser que parten de la base del sexo que este posea. De hecho, ante el anuncio o conocimiento de que una mujer conocida está embarazada, una de las primeras preguntas que el común de la gente formula es *¿y ya sabe qué es?*.

Resulta interesante pues, observar todas las connotaciones simbólicas y reales que contiene esa pregunta, y por su puesto, las implicaciones que su respuesta tiene y tendrá en la vida del nuevo ser humano que apenas se gesta en el útero materno.

A partir del conocimiento del sexo del bebé que está por venir, se generan en los círculos sociales próximos, una serie de comportamientos, comentarios, actitudes, interpretaciones y prácticas diferenciales según el sexo:

“si bien es cierto que se nace hombre o mujer, con características anatómicas que determinan el sexo, las representaciones sociales y culturales que las sociedades construyen para cada sexo se constituyen en elementos de carácter ideológico elaborados en un proceso histórico particular, que configuran las identidades de género. El tener un cuerpo masculino o femenino es significado socialmente y es a partir de este reconocimiento de características sexuales que se construye el género” (Valverde y Vega, 1998; p.15)

De esta manera, si se sabe *que es* mujer —niña—, lo usual es que se le brinden ropas con colores y tonos suaves (generalmente tienden a lo rosado —por lo menos en nuestra cultura—), así como vestimentas que se encuentran tradicionalmente asociadas a la mujer tales como los vestidos con faldas. Desde este momento y con el paso de los años, es muy probable que a la niña se le regalen objetos como muñecas, juguetes de utensilios de cocina, accesorios de belleza, entre otras cosas.

Por su parte, en el caso de que se espere a un hombre —niño—, la situación varía un poco. No se piensa en artículos de colores suaves, sino más bien se buscan tonos oscuros y relacionados, comúnmente, con el celeste. En vez de muñecas, lo usual es que el niño reciba soldaditos, armas, robots, autos; en vez del juguete de cocina, alguien le llevará un juego de herramientas de construcción, y en lugar de los accesorios de belleza, se le obsequiará artículos deportivos.

No podemos dejar de lado el nombre, carta de presentación personal, que también es asignado según se sepa si es mujer u hombre, permitiendo usualmente a las personas que no lo o la conocen, saber precisamente el sexo que posee.

De esta manera, los distintos grupos socioculturales ponen su marca en la vida de los seres humanos, incluso antes de que vean el mundo y lloren por primera

vez. A partir de su nacimiento, las personas que le rodean esperarán de este(a) ser humano ciertos comportamientos, pensamientos, gustos, preferencias, entre otras cosas.

Es así como, las ideologías de género se articulan bajo modelos que poseen una dimensión simbólica —concepción de lo que significa ser hombre o ser mujer— y una dimensión normativa que orientan y determinan la conducta de las personas (Abarca, 2000).

En seguida se comprende cómo el impacto de estas ideologías se presenta e impone a cada ser humano a través de dos mecanismos básicos: las expectativas que plantean las personas sobre la niña o el niño (por ejemplo, *ella va a ser muy coqueta y hablantina, como su mamá*; o bien *él tiene mucha fuerza y agilidad, él va a ser buen futbolista como el tío*), y la forma en que tales personas le crían o educan.

Ambos aspectos, se encuentran, por supuesto, arquetípicamente² integrados en los discursos (lo que le dicen), en los estilos de vinculación (cómo se relacionan con el niño o la niña) y en los modelos de comportamiento que le presentan y proponen al niño o a la niña; en fin en todo lo que le enseñan, en la forma en como le visten, en lo que le permiten o no le permiten, etc.

Claro está que estas expectativas, formas de criar a un niño o una niña no surgen “de la nada”, no son creaciones originales y espontáneas de las personas, ni responden a aspectos “naturales” o biológicos, todo lo contrario tienen un origen sociocultural.

Afirmamos de este modo, que estos modelos están relacionados precisamente con lo que las sociedades y todos sus integrantes, instituciones y sistemas (familia, escuela, iglesia, instituciones gubernamentales, medios de comunicación) esperan de una mujer y de un hombre. Es algo definido por la sociedad, en otras palabras, se trata de una construcción sociohistórica y sociocultural (y por qué no, inclusive económica-política).

Precisamente, esta configuración de modelos ideales, diferenciales y diferenciadores entre los sexos es lo que ha sido denominado como “género”.

En síntesis, el “género” consiste pues, en un modelo que contiene *“las normas y expectativas sociales atribuidas a los hombres o mujeres en una sociedad determinada que culturalmente se definen como ‘femeninas’ y ‘masculinas’”* (OPS-GTZ, 2002, p. 4).

² Se hace aquí referencia a la propuesta psicoanalítica jungiana, la cual plantea la existencia de arquetipos que, operando como mitos implicados en lo que el denominaba el inconsciente colectivo, constituyen modelos ideales o esquemas —bastante estables en el tiempo— que regulan el pensamiento y la acción de los sujetos.

En esta misma línea, para Valverde, Vega, Rigioni, Solano y Solano (2002), este modelo está vinculado con lo que significa, en determinado momento histórico de una sociedad particular, “ser hombre” y “ser mujer”. Para estos(as) autores(as) el hecho de que el género se afiance en contenidos sociales, hace que se constituya en *“un concepto cambiante, que responde a cada cultura y a cada momento histórico, dependiendo fuertemente de las necesidades de los grupos sociales de dichos momentos”* (p. 286).

Entonces, tal como lo plantea Ramos (1991; citado por Abarca, 2000, p. 195), el concepto de género hace referencia al

“conjunto de relaciones sociales que, basadas en las características biológicas, regula, establece y reproduce las diferencias entre hombres y mujeres. Se trata de una construcción social, de un conjunto de relaciones con intensidades específicas en tiempos y espacios diversos”.

En seguida se comprende que, Campos y Salas (2002a) consideren el género como una imposición, una división arbitraria de la humanidad, la cual, está estructurada sin embargo, de forma tal que las dos partes surgidas a raíz de la división (masculinidad y feminidad) se requieren la una de la otra y se definen mutuamente.

No obstante, desde una lectura profundamente crítica, se puede decir además, siguiendo a Lagarde (1992; 1993), que el género le otorga a cada persona, un lugar en el mundo social con un valor histórico determinado, desde un sistema que construye y organiza la diferencia y la exclusión desde el antagonismo y la complejidad.

De este modo es importante subrayar que, todos estos elementos señalados anteriormente, se materializan pues, en formas diferenciadas de educación, crianza y otros mecanismos de control social dirigidos hacia los hombres y hacia las mujeres.

Así, las expectativas y mandatos respecto de las maneras de comportarse, pensar y sentir de mujeres y hombres son diferentes, no solo en contenido sino en intensidad y rigidez, constituyéndose en configuraciones dicotómicas de “espacios permitidos - espacios vedados”³, “comportamientos esperados y premiados - comportamientos rechazados y sancionados”. Estas configuraciones es lo que se ha denominado dentro de la teoría de género con el concepto de roles de género.

³ Se utiliza aquí el concepto de espacio no solo en su esencia material sino en su esencia simbólica.

Los roles de género

En la medida en que los distintos grupos y sectores que integran las sociedades han desarrollado patrones de crianza y expectativas particulares y diferentes hacia las mujeres y los hombres, se han establecido lugares y funciones sociales específicas y diferenciadas que ambos deben ocupar y desempeñar para poder responder a la ideología de género.

Como lo rescata Lundgren, (2000) en nuestra sociedad tradicionalmente se le ha asignado al hombre el rol de marido, esposo. Esto implica que debe encargarse de la manutención de la familia, principalmente en lo económico lo cual lo ubica en el plano de la producción. Por su parte, a las mujeres se les ha encargado la organización y las labores del hogar, así como la reproducción y la crianza de la familia.

Pero ¿qué son entonces los roles de género?. Para Campos y Salas (2002a), además de constituir, junto con la atribución y la identidad de género los aspectos que integran al género en sí mismo, los roles de género son *“el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. La estructura social hace esta prescripción y la presenta como propia o natural para su respectivo género”* (p. 35).

Esta asignación de roles, se da dentro de un contexto determinado por una tradición histórica particular, tradición que, en nuestra región, responde a la denominada cultura patriarcal, la cual, en procura de su consolidación y reproducción, ha venido imponiendo una asignación y distribución de roles que ha establecido grandes desigualdades e inequidades entre los sexos, afectando profundamente la calidad de vida de las mujeres, pero limitando el desarrollo integral pleno y óptimo de ambos grupos sexuales.

En este sentido conviene subrayar, que los mismos además, responden a una estereotipia social, es decir a ideas cristalizadas y fosilizadas que resisten el paso del tiempo y las propuestas de cambio que promueven algunos grupos. Tal como lo afirma Lagarde (1999)

*“a pesar de las evidencias recogidas al vivir que muestran el sinfín de formas en que mujeres y hombres somos adiestrados, educados y disciplinados de manera permanente para **ser como se debe** [la itálica y negrita son mías], a pesar de las dificultades de cada quién para lograrlo, y de las muestras de represión para quienes no se adecuan a los estereotipos de género, hay personas que no se convencen todavía de que no hemos nacido así, sino que a través de procesos complejos de aculturación y endoculturación aprendemos, desarrollamos, ejercitamos y mejoramos o empeoramos las enseñanzas que hemos recibido de múltiples mentores”.* (p. 49)

Ahora, aunque los roles mencionados arriba (el de proveedor y el de madre) son los más extendidos y tradicionales, no son los únicos. Los procesos y dinámicas que se producen en la actualidad han hecho que las sociedades resulten bastante más complejas que en años anteriores, por lo cual no se puede decir que existe solamente un rol para el hombre y otro para la mujer.

Existen una serie de aspectos o dimensiones constitutivas y complementarias de los roles mencionados anteriormente, que colaboran también en la reproducción de la citada cultura patriarcal (PROSIM, 1999), teniendo implicaciones en la vida de las personas incluso en cuanto al acceso real al poder.

De esta forma, según PROSIM (1999), es usual que los hombres tengan acceso al espacio público, el cual es bien reconocido, mientras que las mujeres son relegadas al espacio privado, espacio que es desvalorizado y desprestigiado. Dentro de esta configuración social, tanto los bienes materiales (terrenos, residencias, dinero) como los simbólicos (conocimiento, poder) se encuentran en manos de hombres. A la hora de desenvolverse en los diferentes ámbitos de su vida, los hombres lo hacen compitiendo constantemente con otros hombres.

Por su parte las mujeres, al estar relegadas a un espacio desprestigiado y anónimo, tienen escasas posibilidades de interactuar, y si lo hacen deben luchar contra el escaso reconocimiento que se les otorga. Complementario a esta situación, el trabajo remunerado es característico de la actividad de los hombres. Actividades como las labores domésticas son evitadas por los hombres, debido a que son vistas como propias de las mujeres.

De esta manera, el rol desempeñado está profundamente relacionado con los lugares, posiciones, actividades que la cultura hegemónica le permite (u obliga a) acceder. Los roles mencionados implican una serie de funciones o encargos que deben ser cumplidas. Así en el rol de esposo, además de la manutención de la familia, está implícito el encargo de la fecundación, lo cual establece de algún modo —dentro de la cultura patriarca— un mandato social dirigido a los hombres que se traduce en *“el deber y la capacidad de erección y eyaculación”* (Fallas, 2000; p. 78).

En general podríamos decir que, en cuanto al rol otorgado a la población masculina, se espera de todo hombre que sea autosuficiente en lo económico, de forma que pueda mantenerse a él, a su pareja y a su progenie; debe ser capaz de fecundar a su pareja; cuando ya tenga su familia, debe ser capaz de proveer y proteger a su familia, en todo sentido (material, económico, etc.), por lo que se espera que no tenga miedo, o por lo menos que no lo demuestre (Campos y Salas, 2002a), debe ser el eterno valiente.

Estos roles, en una gran cantidad de ocasiones son vividos por muchas personas contra su voluntad; no representan una elección sino que son

impuestos, por lo que no solo las mujeres sufren las consecuencias negativas del patriarcado, aunque sí es claro que les ha perjudicado enormemente.

Cantidades importantes de hombres han sufrido y sufren por no “encajar”, por no ajustarse a la propuesta de la cultura patriarcal, que como Lundgren (2002) plantea, es más rígida y menos tolerante hacia el hombre. De esta manera, muchos hombres y mujeres que no quieren ser encasillados en alguno de los roles que impone la estructura patriarcal, deben dar grandes luchas, sufriendo aislamiento y discriminación en su búsqueda de un trato y posición equitativa, de un rol que les permita el crecimiento integral como personas.

Es así como, al ser parte constitutiva del género, los roles de género son creados y definidos socialmente, son construcciones sociales a partir de lo que distintos grupos plantean y asignan como propio, pertinente y exclusivo — literalmente— de hombres y mujeres.

Una propuesta muy interesante en cuanto a la forma en cómo los roles de género se estructuran en el imaginario social y, mediante el proceso de internalización de la realidad, en el fuero interno de los hombres, Gillette y Moore (1993, citados en Campos y Salas, 2002a) plantean la existencia de arquetipos o lo que es lo mismo, modelos de características ideales que se imponen en las personas como mitos, que se convierten en la base de las vivencias de las personas, deviniendo en especie de mandatos que todos los hombres deben cumplir, al punto que incluso las mujeres esperan que cobren vida precisamente en los hombres.

De esta forma, los arquetipos propuestos por Gillette y Moore son:

“El rey: es el arquetipo central, el que ordena y fertiliza; es expresión de la fuerza. Implica el control del poder, la autoridad.

El guerrero: alude a la agresividad, toma la ofensiva, salta a la batalla con todo el potencial; defiende y protege algo, sobre todo el territorio, implica la valentía, la decisión, la perseverancia y la lealtad (recuérdese a los Caballeros de la Mesa Redonda y al Rey Arturo).

El mago: resuelve problemas, todo lo sabe y lo puede arreglar; es ser “MacGiver” en toda situación.

El amante: no solo en las dimensiones de la conquista permanente, sino en la definición de la sexualidad masculina que le da el lugar, real o imaginario, de satisfacer plenamente las necesidades eróticas y afectivas de las mujeres”.
(Campos y Salas, 2002, p. 29)

Estos arquetipos son asimilados individualmente en combinaciones particulares, no lo hacen en forma “pura”, de manera que cada hombre los debe interpretar para realizar su masculinidad (Campos y Salas, 2002a), de forma que tienen la particularidad de que pueden ser asumidos de forma real o imaginaria. En caso de que alguno o varios de los arquetipos se “caigan” o bien de que el hombre no logre interpretarlos, es muy posible que surja una crisis en la masculinidad de ese hombre.

Llama la atención que cuando se combinan todos los arquetipos, representan con gran detalle el ideal de hombre impulsado por la cultura patriarcal dominante: un hombre poderoso, con liderazgo, valiente, agresivo, capaz de todo, de resolver lo que sea, siempre listo para la conquista sexual, con indudable capacidad de satisfacer a toda mujer en todo ámbito.

Las identidades masculinas: elementos constitutivos e implicaciones

Principales elementos constitutivos de las identidades masculinas

Como se mencionó al inicio del capítulo, cada vez es más frecuente que se hable de las identidades masculinas en vez de la identidad masculina, reconociendo la existencia de particularidades que marcan a cada sujeto que le han asignado el sexo masculino. En este sentido, OPS/GTZ (2002) definen las masculinidades como *“las expresiones sociales de la imagen y expectativas que la sociedad tiene de los hombres en relación con mujeres y otros hombres en un entorno dado”* (p.4).

Existen muchos elementos en común en estas distintas masculinidades, muchos de los cuales son herencia del modelo hegemónico impuesto por el patriarcado, y que hablan de la fuerza con que se impregna este en muchas personas — hombres y mujeres— e incluso en instituciones sociales (familia, escuelas, colegios, iglesias, medios de comunicación, entre otros).

La identidad masculina es, según Campos y Salas (2002a), una forma de *“vivir la sexualidad, de cumplir con roles sociales y sexuales, y además un símbolo de jerarquías sociales en el cual los varones ejercen poder sobre las mujeres. Esto asocia la masculinidad con el poder y la autoridad”* (p. 36).

Por su parte, Kimmel (1997, citado por Campos y Salas, 2002a) propone la existencia de tres encargos básicos en la masculinidad: no ser el hijo de mami, no ser mujer, no ser homosexual. Esto concuerda con la propuesta de Lagarde (1999) quien plantea que las identidades masculinas, dentro del modelo sexista de la cultura patriarcal, se constituyen alrededor de tres formas básicas de ser

en el mundo, de entenderlo y de relacionarse con él: el machismo, la misoginia y la homofobia⁴.

Tanto para Valdés y Olavarría (1997, citados por Campos y Salas, 2002a), como para Abarca (2000), el núcleo de ser varón está en la asociación que se hace con ser importante: soy hombre, soy importante, debo ser importante. Esto, según Abarca —siguiendo a Vincent-Marqués (1997)— establece una doble posición para el hombre, que *“conlleva la valoración de los derechos que se desprenden de la condición y... recuerda los deberes sociales que la acompañan”* (p. 198), deberes que deben cumplirse al pie e la letra para poder ostentar el poder y el reconocimiento masculino de los otros.

Desde esta perspectiva y recordando la rigidez que caracteriza a los roles de género masculinos, uno de los aspectos de la masculinidad que se ha encontrado común en distintas culturas es que, el estatus de hombre debe ser ganado por quien lo desee (Barker, 1996; citado por Lundgren, 2000). Esto en la práctica se traduce en el deber de demostrar y probar constantemente la “hombría” ante otros, lo que hace que la masculinidad se constituya en una especie de ritual perenne e ineludible que puede terminar esclavizando a su practicante por su sensación —más o menos conciente— de que, de no hacerlo puede verse cuestionada su condición de hombre (Abarca, 2000; Campos y Salas, 2002a).

En cuanto a aquellos elementos constitutivos de la identidad masculina —que deben ser ostentados y probados—, Valdés y Olavarría (1997, citados por Campos y Salas, 2002a), encontraron en un estudio con hombres de Santiago de Chile, que más allá de que estos asociaron el ser hombres con el aspecto fisiológico (concretamente tener pene), existían en ellos diversos atributos que vinculaban fuertemente al “ser masculino”, tales como:

- Ser hombre es ser activo y da derechos; es la ley en su casa, el jefe del hogar, mujer e hijos le deben obediencia.
- El hombre es una persona autónoma, libre, que no debe disminuirse, siempre seguro, sabe lo que hace.
- El hombre debe ser fuerte, sin miedo, no debe expresar emociones ni llorar salvo que hacerlo refirme su hombría.
- El hombre es de la calle, del trabajo fuera del hogar; la mujer es de la casa, al hombre le aburre la casa.

⁴ Siguiendo a Lagarde (1999) el machismo hace referencia a la “magnificación de ciertas características de los hombres, de la masculinidad y, en particular de la virilidad”(p. 63). Por su parte la misoginia se entiende como la subordinación, invisibilización, subvalorización y rechazo de las mujeres y de todo aquello asociado a “lo femenino”. Por último, la homofobia, parte del supuesto de que “la heterosexualidad es natural, superior y positiva” (p.65) en antagonismo a la homosexualidad, concentrando actitudes y acciones de hostilidad, abiertas o veladas, dirigidas a las personas o comportamientos considerados homosexuales.

- Los hombres son heterosexuales, les gustan y desean a las mujeres, deben conquistarlas para poseerlas y penetrarlas. Por su naturaleza puede tener varias mujeres, debido a que el deseo puede ser más grande que su voluntad.

En una increíble concordancia con estos hallazgos, lo cual permite visualizar con mayor claridad aquellos elementos constitutivos centrales de la masculinidad desde el modelo hegemónico, encontramos diversos estudios en la región de las Américas, que pasamos a describir sintéticamente.

Lundgren (2000) hace referencia a un estudio en Brasil realizado en barrios urbanos con adultos jóvenes hombres y mujeres, el cual encontró que estos asocian convertirse en hombre con dos aspectos: estar activo sexualmente y mantenerse a uno mismo y a la familia.

Esto se acerca sobremanera a lo encontrado tanto por Valdés y Olavarría (1998), quienes plantean que los componentes básicos de la masculinidad se basan en la sexualidad y el trabajo, como en el estudio realizado en Nicaragua por MINSA, OPS, OMS y ASDI (2001), el cual encontró que los adolescentes y jóvenes de ese país consideraron que al hombre le corresponde la manutención de la mujer, y que además debe ganarse la hombría por medio del inicio de la actividad sexual. Adicionalmente, percibieron la masculinidad como *“la negación de ser niños y negación de ser mujeres”* (MINSA et al, 2001, p. 19), y asociaron el ser varón con tener ventaja sobre la mujer en términos de la posición que ocupan en la sociedad.

Una situación similar encontró Garita (2001) en un estudio con adolescentes varones costarricenses de zonas urbanas y rurales, quienes concibieron al hombre como el responsable de la manutención económica del hogar, la esposa y los hijos; es quien debe mantener a la mujer y satisfacerla en lo sexual. De igual forma, encontró que definieron el ser hombre a partir de las siguientes características: no ser mujer, poder conquistarlas (a las mujeres), tener las mujeres que quiera, evitando consolidar vínculos y expresar sentimientos, sobretodo que ama a alguien; es satisfacerlas completamente en lo sexual; es lograr consolidar un hogar sin necesidad de involucrarse en las labores domésticas.

De esta manera, como principales elementos en común de las identidades masculinas, se encuentran el deber de ganarse y demostrar el status de hombre, lo que permite a su vez alejarse de la feminidad, y demostrar que no es mujer, pues como señalan Campos y Salas (2002a), una de las bases de la masculinidad es *“la exclusión de todo lo femenino y todo lo que no parezca de los hombres”* (p. 25). El ejercicio de la sexualidad (vida sexual activa) y el trabajo, el papel de protector, proveedor y productor junto con el ejercicio de una posición de dominio en la sociedad (OPS / GTZ, 2002) constituyen los restantes elementos comunes de las identidades masculinas.

Como trasfondo de estas características, existe un modelo hegemónico de masculinidad que refuerza la desigualdad entre hombres y mujeres y el ejercicio del poder sobre las mujeres, y que plantea que el hombre es “*activo, productivo, competitivo y aparentemente orientado*” (IPPF/RHO Y AVSC International, 1999).

Así se observa cómo en nuestra región, el “machismo” es el modelo que subyace y reproduce la masculinidad. Como lo señalan Lundgren (2000) y OPS / GTZ (2002), el machismo se asocia con la ostentación, bravura, los logros sexuales, la disposición (ausencia de miedo) a enfrentar el peligro, entre otras características.

Complementarias a estas características, Kaufman (1989) plantea que en la identidad masculina, el hombre involucra fuertemente tres aspectos muy ligados a la violencia, los cuales identifica como la tríada de la violencia masculina.

Para explicar su propuesta, retoma un concepto planteado por Marcuse (1975, citado por Kaufman, 1989): la “represión excedente” de los deseos sexuales y emocionales de las personas. Kaufman considera que en el caso de los hombres se da una “*transmutación de la violencia en alguna actividad emocionalmente satisfactoria*” (p. 21). De esta forma, la manera en que se estructura la masculinidad precisamente “*implica la estructuración de una ‘agresividad excedente’*” (ibid, p.21), la cual viene a ser expresada mediante tres formas de violencia: la violencia contra las mujeres, la violencia contra otros hombres y la violencia contra sí mismo. Estas constituyen la tríada de la violencia masculina que propone Kaufman.

Pero esta tríada tiene lugar y manifestación en un contexto determinado, que permite y facilita su expresión. Para Kaufman, dicho contexto —o contextos— se encuentra en “*una sociedad o sociedades basadas en estructuras de dominación y control...(las cuales además) generan y a su vez son fomentadas por esta violencia*” (ibid, p. 29-30). Se produce así un ciclo de realimentación, reproducción y reafirmación del status quo de dominación, de relaciones y oportunidades desiguales, lo que a fin de cuentas va a reforzar y reproducir el machismo, como herencia de la cultura patriarcal.

A pesar de esta relativa consistencia (en estructura y en impacto) del modelo masculino hegemónico, varios autores (Abarca, 2000; Garita, 2001; entre otros) señalan que es necesario y fundamental, reconocer que en este juego de dilemas sociales en el que el hombre se ve enfrentado a demostrar su hombría, existen fisuras y búsquedas, intentos de escape de ese modelo que tranquiliza e inquieta, que concede el reconocimiento de privilegios pero a la vez su impugnación. Es decir, que dentro de la cultura patriarcal se genera en algunos hombres la búsqueda y la construcción de una nueva forma de vivir la masculinidad.

Así, Abarca (2000) en las reflexiones finales de su estudio afirma que

“a lo largo de cada tema abordado, fue posible identificar los rasgos de un modelo de masculinidad tradicional que ordena el mundo a partir de la dicotomía público-privado y una división sexual del trabajo —y de los afectos, de los cuerpos, de los deseos, de las restricciones, en fin—, que redundan en un reparto desigual de los deberes y derechos entre hombres y mujeres. Sin embargo, junto con lo tradicional siempre estuvo presente la capacidad de tomar distancia, al menos mínimamente, del modelo hegemónico.

En particular, el surgimiento de nuevas formas no sexistas de construir la identidad genérica —la valoración de la paternidad y la expresión de los afectos, la demanda de satisfacción mutua en la sexualidad, la noción de persona⁵, entre otras— construyen lentamente la base para definiciones menos deterministas sobre la condición masculina”. (pp. 240-241)

Igualmente, Garita (2001) señala la importancia de reconocer que hay hombres costarricenses que están formando masculinidades a partir de formas alternativas a las tradicionales, estableciendo relaciones más equitativas, por lo que considera fundamental, como parte del proceso de cambio y transformación social, reconocer *“los esfuerzos que están realizando algunos hombres por construir masculinidades diferentes”* (p. 158).

Implicaciones de la identidad masculina en las distintas dimensiones de la vida de los hombres

Aunque desde una mirada superficial e ingenua, pareciera que el patriarcado coloca al hombre en una posición de ventaja absoluta sobre (y muchas veces a costa de) la mujer, tal apreciación es fácilmente descartada al realizar un análisis del impacto que genera el modelo de masculinidad más ampliamente difundido en América Latina, como lo es el machismo, junto con el patriarcado como la estructura en donde se fundamenta y se reproduce.

Diversos autores como Kaufman (1989), Lundgren (2000), Abarca (2000), Garita (2001), Campos y Salas (2002a), entre muchos otros, han abordado los efectos que las masculinidades pueden producir en los hombres.

Tal como lo afirma Abarca, ante el mandato de la masculinidad hegemónica *“el sujeto se maneja celebrando el beneficio y mascullando su faz dolorosa”* (op. cit, p. 212). Se destaca negativamente, una vez más, la escasa flexibilidad de las identidades masculinas arraigadas en los modelos machistas y culturas patriarcales, que ahogan las posibilidades de crecimiento integral de hombres y de mujeres.

⁵ Concepto acuñado por Abarca (2000) tratando de expresar, a través de un juego de lenguaje, una forma no sexista de nombrar los valores que debieran definir la esfera pública.

Viveros (1998) considera a la identidad masculina como un proceso con un alto costo emocional para los hombres que lo viven. En este sentido, resulta paradójico que una sola limitante impuesta por los modelos hegemónicos pueda producir repercusiones negativas en varias dimensiones de la vida de la persona, teniendo una especie de efecto multiplicador.

Este impacto negativo, llega incluso al nivel en que se rechaza la existencia de algo malo en el ser hombres que requiera un cambio, como lo señalan Campos y Salas (2002a): *“ciertas preguntas en los hombres no caben: no tenemos problemas y, por lo tanto, no hay nada que deba cambiar”* (p.41), situación que encontraron Valdés y Olavarría (1998) con hombres de sectores populares de Santiago de Chile, quienes no consideraron que el modelo dominante de masculinidad estuviera en crisis. Sin embargo, esto sí fue referido por hombres de sectores medios altos.

Quizás una de las implicaciones más serias de las identidades masculinas basadas en el modelo dominante impuesto por el patriarcado, es la limitante que imponen a los hombres en cuanto a la posibilidad de expresar y compartir sus sentimientos.

De hecho, como lo señala Kaufman *“la masculinidad requiere la represión de una amplia gama de necesidades, sentimientos y formas de expresión humanas”* (op. cit. p. 41). En esta misma línea, Campos y Salas (2002a) consideran que en nuestra sociedad los niños son entrenados para que repriman aquellos aspectos pasivos y emocionales que se considera que no pertenecen a los hombres. Las exigencias de mostrarse siempre fuerte, de ser completamente racional, de no permitir(se) expresar sentimientos, bloquean y limitan una de las dimensiones que caracterizan al ser humano, como lo es la dimensión afectiva, perjudicando también otras esferas como la social, al limitar la capacidad de interacción y las habilidades sociales de la persona, lo cual repercute en la calidad y calidez de la interacción que desarrolla con sus personas cercanas.

La visualización del hombre como natural e inevitablemente predispuesto a la sexualidad genital (o como alguno les llaman promiscuo) es otro de los aspectos que puede tener un profundo impacto en la vida de la persona.

La imagen del hombre como eterno seductor y conquistador, siempre dispuesto a realizar una conquista más, puede hacer que los hombres incurran en conductas de alto riesgo a nivel sexual, exponiéndose tanto a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) —entre las que se debe contemplar el VIH/SIDA— o bien a que se produzca un embarazo no deseado o planificado, principalmente si no se utilizan métodos de protección y planificación, en cuyo caso es posible que no solo se contagie, sino que contagie al resto de sus parejas sexuales.

Claro está que el riesgo biológico de contraer enfermedades o de que se produzcan embarazos, no es la única implicación grave que tiene este componente del modelo de hombre, por el contrario, este mandato masculino puede tener variadas repercusiones.

En este sentido, Lundgren (2000) señala que la expectativa de que el hombre sea experimentado e independiente dentro de su sexualidad, lo puede llevar a sostener relaciones sexuales nada gratificantes. Garita (2001) por su parte, considera que otra desventaja que lleva la promiscuidad es la imposibilidad del hombre de lograr establecer y sostener vínculos estables con una persona significativa. Todos estos aspectos se entremezclan para perjudicar finalmente el disfrute de su vida sexual y su vida afectiva.

Otro aspecto que resulta fundamental retomar en cuanto a las implicaciones de la identidad masculina en el varón, es el de la visualización de lo femenino como algo desprestigiado, de lo que debe alejarse, siendo algo que se rechaza, de lo que el hombre se debe despojar si quiere confirmar ante otros su identidad masculina. Para Lagarde (1999) como para Campos y Salas (2002a), esta percepción de lo femenino puede estar constituyendo la base de la misoginia y la homofobia, característicos de los modelos impulsados por el patriarcado.

El machismo es un modelo que busca consolidarse y reproducirse, por lo que no acepta la coexistencia con otros modelos ni con la gente que se inscribe en ellos o que no calza dentro del modelo machista. Es un modelo que no promueve la tolerancia a la diferencia. Más bien puede hacer a las personas más intolerantes, e inflexibles, incapaces de aceptar que existen otros diferentes, que difieren en su forma de ser, pensar, en sus orientaciones y preferencias, al punto de que pueden amenazar a quienes no comparten ni siguen el modelo dominante, sufriendo situaciones nada positivas (IPPF/RHO y AVSC International, 1999).

Fuertemente relacionado con lo anterior, está el mito de la violencia indetenible, que plantea que por “naturaleza” el hombre es violento, por lo que es inevitable que en algún momento de su vida recurra a la violencia. Este argumento cobija una excusa para el fomento del uso de la violencia en diversas formas y dimensiones de la vida de las personas. Esto resulta sumamente peligroso ya que dentro de un modelo de masculinidad poco flexible que somete a los hombres a gran presión y stress y no promueve la tolerancia, la violencia se convierte en una válvula de escape a la que se puede acudir muy fácilmente, obviando el impacto que produce su utilización en la vida de muchas personas, siendo los más perjudicados los integrantes del grupo familiar inmediato, la pareja y el hombre propio.

En otro orden de cosas, en lo que respecta a la relación consigo mismo (específicamente en cuanto a acciones de cuidado personal), tal como lo señalan Campos y Salas (2002a), el encargo del modelo tradicional de hombre

se expresa en múltiples premisas, entre las cuales se puede mencionar las “conductas de descuido personal” (p. 25).

De hecho, desde la recopilación (no exhaustiva) que hacen estos mismos autores (2002b) de indicadores de salud de la población masculina costarricense (morbimortalidad), es notoria la existencia de dolencias relacionadas con hábitos y estilos de vida poco saludables, la actitud de subvalorización o subestimación de lo que acontece en su cuerpo, la posición de “hacerse los valientes” frente a malestares físicos y, sumándose a todo esto, una poca disposición para asistir a los servicios de salud, lo cual es interpretado por los autores como *“la paradoja del hombre que debe ser valiente, con ese mismo hombre que teme ser chequeado por el médico o, aún más, rehuye una simple inyección para aliviar o prevenir algún padecimiento”* (p. 120).

En general, como puede observarse, el modelo de identidad masculina dominante obliga al hombre a cumplir con todos sus preceptos, no permite la posibilidad de cumplir unos y postergar o evadir otros, sometiendo al hombre a una gran presión (Valdés y Olavarría, 2002), pues se espera de él que todo comportamiento que emita confirme su masculinidad; como señalan Campos y Salas se debe reafirmar el poder permanentemente, pues *“nada ni nadie debe poner en duda tal condición”* (op.cit. p. 24).

Masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva

El concepto de Salud Sexual, tal como se conoce en nuestros días, es asumido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) después de que surgiera en Ginebra, de la reflexión profunda de expertos en la temática, alrededor del año 1975.

Según Cerruti y Behar (1997), este concepto se refiere a *“la integración de los elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”* (p. 41). Así, el concepto trasciende los enfoques reduccionistas imperantes, que se concentraban en el aspecto biológico, y deja entrever un paradigma que comprende al ser humano y a su salud, como algo integral, y desde el cual se contemplan, como parte la sexualidad sana, según las autoras citadas:

- “1. la capacidad para disfrutar de actividades sexuales y reproductivas que se encuentren reguladas a partir de una ética personal y social,*
- 2. la ausencia de factores psicológicos como elementos afectivos (temor, vergüenza, culpabilidad) o cognitivos (creencias infundadas,*

mitos, prejuicios) que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales (genitales o no genitales) y,
3. *la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan u obstaculicen la actividad sexual y reproductiva". (Fallas y Valverde, 2000; p. 19)*

Este matiz integral del concepto de Salud Sexual, es subrayado por la CIPD al proponer que *"el realce de la vida y las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían consistir tan solo en la orientación y cuidados relacionados a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual"* (CIPD 7.2).

Por otra parte, siguiendo a Fallas y Valverde (2000), se puede decir que el concepto de Salud Reproductiva se consolida, también desde el nuevo paradigma de salud, alrededor de la primera mitad de los años noventa, *"a propósito de diversas discusiones técnicas respecto de Políticas de Población y Planificación Familiar propiciadas por la OPS/OMS"* (op. cit.; p. 19). Así, en el Informe de las discusiones técnicas sobre planificación familiar y políticas de población (OPS, 1993) se define la Salud Reproductiva como un estado que va más allá de la ausencia de enfermedades o trastornos reproductivos, es decir que se trata de un proceso evolutivo orientado a un estado de bienestar físico, mental y social, el cual implica que:

"las personas tengan o se les posibilite la capacidad para reproducirse en el momento que consideren oportuno, que las parejas o mujeres que así lo decidan pueden tener un embarazo, parto y puerperio de evolución satisfactoria y que los niños sobrevivan y se desarrollen en un ambiente saludable...(asimismo implica) el reconocimiento del derecho de las personas para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora, como un elemento de bienestar personal y familiar. Implica, del mismo modo, que cuando optan libre y responsablemente por el ejercicio de relaciones sexuales, ellas pueden ser mutuamente gratificantes y no están distorsionadas por el temor a un embarazo no deseado o de una enfermedad de transmisión sexual". (OPS, 1993)

Ahora, debido a que gran parte de las políticas actuales en SSR surgieron a raíz de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, consideramos importante retomar en este respecto la síntesis del concepto planteada en este espacio. De esta manera la CIPD entiende por salud reproductiva

"el estado físico, mental y social de bienestar total y no sólo la ausencia de una enfermedad, en todos los asuntos relacionados al sistema de salud reproductiva y a sus funciones y procesos. Las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y tienen

la capacidad de reproducirse y la libertad de elegir cuando y cuán a menudo lo hacen” (CIPD 7.2.)

Por su parte, a través de la definición que de Salud Reproductiva, propone la organización internacional Marie Stopes International siguiendo a Wulf y Perrow (2001)⁶, se puede observar con mayor claridad cómo, tanto el concepto de Salud Sexual como el de Salud Reproductiva, se complementan uno al otro. Quizás por eso, en la actualidad se utiliza con frecuencia el término “salud sexual y reproductiva “ (SSR), pues su correcta aplicación permite orientar de buena forma los esfuerzos que buscan aumentar la calidad de vida de las personas.

La relación de los hombres con su salud sexual y reproductiva

Resulta bastante común ver en los servicios de salud, una mayor presencia de mujeres que de hombres. De hecho, existe la percepción generalizada no solo de que la mujer se enferma más que el hombre (lo cual refuerza la estereotipia de género) sino de que el hombre asiste a dichos servicios solo cuando es “estrictamente necesario”.

El problema que nos encontramos de base en este asunto, es que pareciera que en la mayoría de los hombres este concepto de “estrictamente necesario”, equivale a grados avanzados de complicación en su salud. En otras palabras, pareciera que asisten cuando el problema de salud ha alcanzado un nivel tal que no les queda más remedio que asistir a un centro de salud o consultar a algún profesional del ramo, pues ya han empezado a sentir una considerable preocupación por su sintomatología, generalmente agudizada por la ausencia de una intervención oportuna o por que empiezan a sufrir una situación prácticamente discapacitante o incapacitante.

En esta situación, pueden estar influyendo varios aspectos tal como se hizo referencia arriba. En primera instancia, encontramos una situación grave y difícil de abordar según lo ha señalado la experiencia, la cual consiste en que la socialización masculina dentro del modelo dominante en Costa Rica, se traduce en que los hombres perciben como algo innecesario ir al médico, pues por su “naturaleza” de hombres se consideran fuertes, resistentes, casi inmunes a enfermedades o complicaciones de salud.

⁶ “salud reproductiva es el término que engloba todo lo relacionado con la reproducción, desde la salud sexual hasta la capacidad de elección de las parejas sobre cuándo tener hijos y cuántos hijos tener. Mediante el acceso a información y servicios, se pretende prevenir y resolver todo tipo de problemas relacionados con la salud reproductiva, que incluyen desde las enfermedades de transmisión sexual hasta la mortalidad materna...” (Wulf y Perrow, 2001).

En segundo término, los enfoques de salud tradicionales han privilegiado la promoción de la atención en salud como algo que tiene que ver con la díada madre-hijo(a) —enfoque materno-infantil— lo cual lleva a muchos hombres a pensar que los establecimientos de salud son para atender prioritariamente a mujeres, niñas y niños.

De hecho, si se realiza un análisis concienzudo de las políticas, planes y programas en salud, es posible observar cómo el mismo sistema de salud (el cual por ser un producto social responderá de forma más o menos consistente con la ideología de género) ha dejado de lado al hombre, sobre todo al hombre adulto, centrándose en el desarrollo de campañas y servicios hacia las mujeres y los niños, niñas y adolescentes. Además, al ser excluidos de la planificación de este sector, no se conoce mucho —ni se hace mucho por conocer— acerca de los requerimientos de información, necesidades, inquietudes, entre otras cosas, que posee esta población

Conviene señalar en este respecto, tal como lo enfatiza OPS / GTZ (2002) que, *“la omisión de los hombres como grupos metas de los esfuerzos de promoción, prevención y servicios de salud sexual y reproductiva ha tenido un grave impacto en la salud y el bienestar de mujeres, hombres y familia en general”* (p. 2).

Definitivamente, estas percepciones que los hombres poseen hacia su salud y los centros de salud, hacen que se expongan innecesariamente a las citadas complicaciones, perjudicando no solo su calidad de vida, sino también la de su pareja y la de su familia.

En este sentido, Campos y Salas (2002b) afirman que una de las tareas pendientes de la sociedad costarricense es *“establecer políticas, programas y estrategias de trabajo con varones en el sector salud, que tengan un enfoque de género y masculinidad y que se dirijan a afrontar las áreas de mayor morbimortalidad en los varones (cáncer de próstata, de estómago, infarto de miocardio, paros cardiorrespiratorios, suicidios, accidentes de tránsito y laborales, problemas sexuales, entre otros)”* (p. 122).

Ahora, salta aquí la pregunta: ¿cómo enfrentar este reto?. Definitivamente es una necesidad de primer orden partir de la realidad sociocultural de la población masculina, conociendo sus representaciones, temores, inquietudes, conocimientos, actitudes, percepciones, creencias, etc. respecto de sus prácticas, su vida cotidiana y otros elementos relacionados

Así afirmamos que, para lograr un acercamiento efectivo de los servicios de atención integral de la SSR a los hombres, así como un mayor impacto de los mismos, resulta fundamental conocer la manera en que los hombres se relacionan con su SSR; cómo la asumen y cómo la vivencian.

En este sentido, MINSA et al (2001), en un estudio con adolescentes y jóvenes varones en Nicaragua, encontró que estos asumen la reproducción como un asunto de mujeres y no de hombres, y además *“prefieren evitar exponerse a los posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos”* (p. 41).

En Costa Rica, un estudio similar (Garita, 2001), concluyó que los adolescentes y jóvenes varones consideraron un deber del hombre el tener relaciones sexuales, y que en caso de tenerlas, el uso del condón no es generalizado. Además, se estimó importante tener actividad sexual de forma frecuente, pues esto permite fortalecer la masculinidad del hombre, siendo la protección un aspecto que no les preocupa.

Cabe recordar además que, como parte del mandato social masculino, muchos hombres tratan de aparentar —o inclusive consideran— que poseen información suficiente y adecuada sobre diversos tópicos (especialmente cuando se trata de sexualidad y SSR), por lo que no hacen mayor esfuerzo para adquirirla, confirmarla o desecharla. Y aunque existe la posibilidad de que algunos hombres pueden manejar cantidades considerables de información, es probable que esta contenga importantes tergiversaciones y que esté cargada de mitos populares. De esta manera, si los hombres no se preocupan por corroborar la información que manejan con fuentes confiables, pueden incurrir en prácticas de riesgo con respecto a su SSR.

Resulta claro como la vivencia que tienen los hombres de su SSR está permeada —si no interferida— por el modelo de hombre que impulsa la cultura dominante. De hecho, habría que revisar con detalle si dentro de este modelo se puede hablar de la vivencia y relación de los hombres con su SSR como algo de lo que se han apropiado, pues por una parte, como muestra la investigación de MINSA et al (2001) más bien consideran que la reproducción es asunto de mujeres, y por otra solo se hace referencia al asunto reproductivo y no a las otras dimensiones de la vida sexual.

De esta forma es necesario visualizar y comprender con mayor profundidad, la relación (no unicausal sino multifactorial y compleja) existente entre los mandatos sociales que la ideología de género impone al hombre (v.g. “el hombre debe ser sexualmente agresivo en términos de lograr las conquistas que pueda”, “no debe temer al peligro, más bien debe arriesgarse”, y que además le asigna a la mujer la responsabilidad por la SSR de ella, de él y de la familia”, entre muchos otros) y la alta posibilidad de que los hombres insertos en esta cultura se expongan —y con ello expongan a sus familias y parejas— a problemas de SSR tales como una vivencia empobrecida y empobrecedora de su vida sexual, de pareja y familiar; embarazos no planificados; una vivencia restringida o irresponsable de la paternidad; contagios por ITS entre otros.

Desde esta perspectiva, se reafirma la importancia de que los hombres se involucren en la SSR, y de que los sistemas de salud logren atraer y acercarse a ellos.

Conductas protectoras y conductas de riesgo relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los hombres

Fuertemente relacionado con el punto anterior, las conductas protectoras o de riesgo constituyen elementos fundamentales en cuanto a la forma en cómo se vive la SSR. Por ejemplo, la promiscuidad, que es permitida e incluso alentada en el modelo tradicional de hombre, expone a la población masculina a distintos elementos de riesgo que pueden perjudicar la vivencia integral de su SSR, como contagiarse con alguna ITS y tener dificultades para establecer vínculos emocionales fuertes con una persona significativa (Garita, 2001), debido a la visión de que el hombre no puede permitirse expresar emociones ni mucho menos sentirse vinculado a alguien desde lo emocional.

Otra conducta de riesgo presente en muchos hombres, hace referencia a la escasa utilización de métodos de protección en su SSR en general (dentro de los cuales se encuentran los anticonceptivos) y, con frecuencia bajo el argumento de que pueden provocar reacciones secundarias (MINSA, 2001) o bien que limitan las sensaciones durante la relación sexual.

Cuando se mezclan estas dos conductas de riesgo (promiscuidad y no protección) —e incluso cuando intervienen otras conductas que la investigación con hombres ha develado tales como tendencia a las adicciones o tan solo patrones de consumo excesivo de alcohol—, inevitablemente los hombres se exponen a un alto riesgo de contraer alguna o varias ITS y propagar las mismas a las personas con quienes se involucran sexualmente, generándose así una cadena de transmisión que provoca un problema de grandes dimensiones en lo que a Salud Pública se refiere.

En esta misma línea, es obvio que, si no utilizan ningún método de anticoncepción (sea dentro de una relación estable o dentro de una relación sexual casual), la posibilidad de que se presente un embarazo no planificado aumentará considerablemente, y si este se da, la situación podría tener un impacto directo en sus proyectos de vida y su estabilidad personal, pero también en la vida de la pareja, del niño o niña que está por venir o bien de la familia completa.

Resulta interesante que si bien el modelo hegemónico de masculinidad propone un hombre competitivo, que busca ser el primero en todas las dimensiones que pueda, no le interesa ser el primero en cuanto a conductas de protección con respecto a su salud, incluyendo la SSR.

Así por ejemplo, los hombres en general —tal como lo han demostrado diversas investigaciones—, poseen una escasa disposición a evacuar sus dudas o inquietudes (más si se trata de aspectos relacionados con su SSR), a asistir regularmente a chequeos médicos, a consultar oportunamente a un profesional frente a algún malestar o sintomatología, o incluso a acompañar a su pareja a controles y chequeos médicos (ginecológicos, prenatales, etc.), conductas todas

que pueden marcar la diferencia con respecto a llevar una SSR de buena o regular calidad.

A la luz de estos hechos y de la teoría de género que hemos explicado, como contraparte de esta situación, podemos afirmar que si el modelo de masculinidad del hombre se inscribe y fortalece desde masculinidades alternativas (que por suerte han empezado a brotar), es más probable que se incrementen en los varones conductas orientadas a la protección de su salud integral y su SSR específicamente, situación que además, conlleva otras ganancias secundarias en la producción social de la salud, por cuanto implicaría de alguna manera una mayor protección de la salud de la pareja y la familia en general.

Es esperable además que, estos hombres asuman un papel más activo en el cuidado de la SSR, rompiendo la visión de que esto es algo que le corresponde a su pareja. Probablemente será una persona monogámica (que valore la fidelidad), o bien en caso de que este no se constituye en un valor asumido o no tenga una pareja estable, recurrirá en mayor medida al uso de métodos de anticoncepción y protección como el condón.

De igual manera, la conciencia sobre la necesidad de desarrollar y fortalecer conductas de autocuidado le llevará a frecuentar centros de salud para practicarse exámenes, consultar por molestias incipientes o por conductas que se salen de su control y les afectan; en general, se mostraría más dispuesto a seguir las indicaciones que los profesionales en salud le propongan para su protección.

Como se podrá comprender, todos estos hechos, se constituyen en medidas fundamentales para mejorar la vivencia de la SSR de la población masculina.

El papel de los hombres en la planificación familiar

Como se ha venido mencionando, este es un campo que por mucho tiempo los hombres consideraron les pertenecía a las mujeres y no a ellos. Sin embargo, se ha observado la generación de un cambio progresivo en algunas áreas relativas a la planificación familiar. Por ejemplo, OPS / GTZ (2002) da cuenta de una variación en la actitud de hombres de Brasil, República Dominicana y Honduras hacia la cantidad de hijos deseados, siendo en estos momentos muy similar a la cantidad deseada por las mujeres.

Destaca también la idea que se tiene de la comunicación y el papel que juega esta en la vida de pareja, incluyendo su impacto en la calidad de la vida sexual que se lleva. Como regla general, entre mayor y mejor sea la comunicación en la pareja, mejor será la vida sexual de ambos.

En este sentido, los cambios que se están generando pueden tener un impacto positivo en los hombres, en términos de que reconozcan el importante papel que tiene la comunicación en cuanto a la calidad de la relación con su pareja, por lo

que pueden estar más dispuestos a conversar sobre temas como por ejemplo, si desean utilizar o no algún método de planificación. Aun así, habría que determinar con detalle dos elementos: primero, qué tanto están dispuestos los hombres no solo a conversar, sino a respetar e incorporar la posición de su pareja y a tomar decisiones en forma compartida con ella. Segundo, si este es un proceso generalizado, o si responde a una población masculina con características particulares; por ejemplo, si tienen acceso a información confiable sobre SSR.

Por las características propias de los procesos comunicativos, estos se encuentran fuertemente relacionados con la cultura en la que se suceden, lo que implica que es muy importante la realización de un cambio en dicha cultura. Una vez más, destaca el papel de esta en la forma en que asumen y viven la SSR las personas.

Con respecto a los métodos anticonceptivos, según OPS / GTZ “los datos obtenidos en toda América Latina confirman que la mayoría de los hombres conoce los métodos anticonceptivos” (op. cit.; p. 11). Destacan como los métodos más conocidos el condón y la píldora anticonceptiva. Sobre el primero llama la atención que a pesar de ser bastante conocido y en general accesible, existe un sector considerable de hombres a quienes no les agrada emplearlo, como se desprende de las investigaciones de Garita (2001), MINSA (2001) y PROSIM (1999). Uno de los principales motivos mencionados hace referencia a que el preservativo impide lograr la misma sensación placentera que se obtiene en la relación sexual coital sin él.

Resulta interesante observar que, a pesar del conocimiento bastante extendido de los métodos anticonceptivos y de la existencia de las ETS, todavía existen hombres que utilizan métodos tradicionales como el ritmo y el coito interrumpido. Sin embargo, aspectos como las campañas de divulgación de información a través de los medios de comunicación masiva y los centros de salud, el deseo de no tener más hijos, la crisis económica e incluso el temor a un contagio con el VIH/sida, pueden haber incidido en que aumente la utilización de los métodos de planificación y protección modernos.

Con respecto a los embarazos, los referidos procesos de cambio han hecho que algunos hombres “se permitan” disfrutar de este proceso, acompañando a su pareja y tratando de darle el cuidado y apoyo que requiere. Incluso están buscando poder disfrutar su proceso como padres, la crianza de sus hijos(as).

No obstante, aun es frecuente encontrar casos en que el compañero se desentiende de la situación cuando su pareja le informa que está embarazada, debiendo esta asumir todo el proceso de embarazo y crianza sin el apoyo del padre biológico del niño o niña. El temor a tener que enfrentar sola su maternidad, es una de las razones que llevan a una mujer a practicarse un aborto. Debido a que en muchos lugares de América Latina tal práctica es ilegal,

las condiciones bajo las cuales sucede a menudo implican altos riesgos para la salud de las mujeres.

De esta manera, aunque ya se vislumbran algunos cambios en el papel y la actitud de los hombres en la planificación familiar, todavía queda mucho camino por recorrer para consolidar el involucramiento activo y comprometido de los hombres en esta área de la SSR.

Hombres y vasectomía

En primera instancia es necesario señalar que la esterilización masculina, más conocida como vasectomía, se ha constituido a través del tiempo —tal como lo demuestran un sinnúmero de estudios clínicos— en un método anticonceptivo sumamente seguro, efectivo y económico.

A pesar de esta situación, es interesante observar que muy pocos hombres tienen conocimiento de su existencia, siendo aun menor la cantidad de hombres que se la ha practicado. Según OPS/GTZ (2002) es el método anticonceptivo menos conocido en Latinoamérica, empleado por menos del 1% de las parejas en edad fértil en América Latina y el Caribe (Vernon, citado en OPS/GTZ, 2002).

De igual manera, llama la atención que pese a tener un costo económico mucho menor para las instituciones de salud, su práctica en América Latina es poco extendida. Da la impresión de que las instituciones correspondientes no la han incentivado con fuerza, de allí que pocos hombres y mujeres conozcan de su existencia, ventajas y efectividad. A pesar de esto, todo indica que conforme se han brindado los servicios y estos han sido de buena calidad, la demanda de la población por dichos servicios aumenta (OPS / GTZ, 2002; Cerdas, 2002).

Ahora, es importante precisar que la vasectomía, puede ser efectuada por dos técnicas distintas: vasectomía común y vasectomía sin bisturí (técnica más reciente y evolucionada, ideada en China por Li Schunqiang en 1974)].

Según la revista Population Reports (Population Information Program, 1992)

“en el procedimiento de vasectomía común, el médico efectúa una o dos incisiones de 1 a 2 cm en la piel del escroto para exponer el conducto deferente —el conducto a través del cual los espermatozoides van de cada uno de los testículos a la uretra. Se bloquea entonces cada conducto, generalmente mediante ligación, atadura, cauterización (calor), o, menos comúnmente, grapas o clips, para impedir que los espermatozoides pasen al sitio de eyaculación. Las complicaciones derivadas de la vasectomía son poco frecuentes y raramente serias. Por otra parte, la incisión quirúrgica es la causa de la mayoría de complicaciones, sobre todo del sangrado, hematomas (acumulación de sangre bajo la piel) e infección.

En la técnica sin bisturí se llega al conducto deferente a través de una diminuta punción en la piel en lugar de la incisión corriente. Después de administrar anestesia local, el practicante emplea un instrumento especial para hacer una punción minúscula- de menos de 1 mm de diámetro- en la piel laxa del escroto. El practicante estira entonces la piel con un fórceps especial hasta obtener una pequeña abertura que deja expuesto el conducto deferente. Se saca cada conducto a través de la abertura extendida, se bloquean ambos mediante los mismos métodos empleados en la vasectomía corriente y se dejan deslizar de vuelta dentro del escroto. No se necesitan suturas para cerrar la pequeña punción efectuada en el escroto". (pp. 3-4)

La técnica anestésica también varía según el método que se emplee. En la técnica sin bisturí se realiza solo una punción, mientras existe otra técnica que requiere por los menos dos inyecciones, teniendo una capacidad anestésica menor a la de la técnica sin bisturí, la cual tiene otras ventajas como la reducción del sangrado y el dolor, junto con una recuperación más rápida (Population Information Program, 1992).

En definitiva, comparado con el método de esterilización femenina, la vasectomía es mucho más rápida y sencilla, requiriendo solamente de cuidados básicos postoperatorios, frente a los cuidados detallados que requiere la mujer que se practica la operación de esterilización. Mientras esta requiere internamiento en un centro calificado, cuidado, médicos detallados y reposo absoluto por varios días, la vasectomía tiene entre sus principales ventajas que es muy efectiva, es permanente —excepto por un periodo posterior a la intervención en donde la pareja deberá utilizar otro método anticonceptivo—, se puede practicar como cirugía ambulatoria, se realiza rápidamente, solo se necesitan unos minutos, el hombre puede retirarse a su hogar inmediatamente después de que le realizan el procedimiento, solo requiere reposo y algunos cuidados básicos y si se siguen las indicaciones de cuidado postoperatorio, la probabilidad de que ocurra algún efecto secundario o complicaciones de salud serias son bastante bajas, y no afecta la percepción de placer ni el desempeño sexual del hombre (OPS/GTZ, 2002; Hatcher, Rinehart, Blackburn, Geller y Shelton, 1999; Population Information Program, 1992).

Entre sus desventajas se encuentran, algunas posibles complicaciones menores como un leve malestar por 2 ó 3 días, dolor en el escroto, hinchazón y magulladuras, una sensación de desmayo pasajera posterior a la intervención (Hatcher y otros, 1999, p. 10-5 y 10-6). Otras complicaciones, aunque poco frecuentes son el sangrado o infección en la incisión y coágulos en el escroto. Otras desventajas son que al ser una cirugía menor esta debe ser efectuada por un proveedor capacitado, no es efectiva en forma inmediata, la cirugía para revertirla es difícil, costosa y no está garantizada, además de que no ofrece ninguna protección frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH/sida.

Debido a que el procedimiento para revertirla es complicado y costoso, no se recomienda como método de planificación a hombres que no hayan descartado tener más hijos. Es importante que el hombre que se la practica —o que desea practicársela— sepa que debe esperar al menos 20 eyaculaciones o en su caso 3 meses para evitar que se produzca un embarazo, pues pueden quedar espermatozoides en las eyaculaciones inmediatamente posteriores a la operación, por lo que es aconsejable que utilice otro método de planificación mientras el conteo de espermatozoides es igual a cero (Hatcher y otros, 1999).

En otro orden de cosas, partiendo de la poca utilización que se le ha dado a la vasectomía en los servicios de salud alrededor del mundo y particularmente en América Latina, conviene profundizar en aquellos factores que podrían estar incidiendo en tal situación.

De este modo, podría señalarse que un factor que puede estar influyendo en el por qué todavía son pocos los hombres que optan por ella, se encuentra relacionado con la confusión (asociación) que hacen algunos hombres entre vasectomía y castración (PROSIM, 1999) atribuyéndole además el provocar impotencia sexual (PROSIM, 1999, Population Information Program, 1992).

Como bien se señala en la investigación realizada por PROSIM (1999) con varones nicaragüenses, *“en vista del bajo nivel de conocimientos de las estructuras que conforman el aparato reproductor masculino y sus funciones, no es de extrañar que puedan difundirse estos mitos”* (p. 61).

Para OPS/GTZ (2002) y Cerdas (2002) otros factores que pueden estar incidiendo en la baja práctica de la vasectomía en la región se relacionan con la visión muy extendida entre los hombres de que la SSR es un asunto que le corresponde atender a las mujeres, así como la falta de conocimientos e información sobre el método, por lo que el grueso de la población no tiene elementos para confrontar y descartar los mitos y versiones populares, produciéndose situaciones como las encontradas por PROSIM.

De hecho es interesante observar que en la experiencia de Cerdas (2002), practicando vasectomías con la Técnica Li desde 1994, en lo público y en lo privado en Costa Rica, existe según él, una especie de translación de los mitos difundidos alrededor de la esterilización femenina a la esterilización masculina, lo cual genera una homologación de temores e inquietudes entre ambas poblaciones y, según lo plantea, evidencia *“un proceso de adaptación del mito de ellas y de aprendizaje ahí de la comunidad”*.

Con respecto a las razones que tuvieron los hombres para optar por la vasectomía, para OPS y GTZ (2002) estos son hombres muy particulares, cuyos roles de género son más flexibles; incluso tal como lo afirma Cerdas (2002), se puede observar que los hombres que están más dispuestos a practicarse la vasectomía son aquellos que están *“más comprometidos con la*

dinámica reproductiva...va al control prenatal, que tuvo esa posibilidad, que probablemente hizo un curso psico-profiláctico o entró al parto de sus hijos”; en otras palabras estamos hablando de hombres que poseen una importante sensibilización y una clara conciencia—que se ha convertido en práctica— de su papel y responsabilidad en la SSR propia y de su pareja.

Por su parte, Vernon (1996, citado en OPS y GTZ, 2002) en un estudio con hombres mexicanos, colombianos y brasileños que optaron por practicarse la vasectomía, encontró que sus principales razones para haber optado por dicho método fueron la preocupación por la salud de su esposa o pareja, el “amor” que sienten y el deseo de colaborar con ella, haber asumido su responsabilidad en la planificación familiar, así como tener razones económicas, que en la mayoría de los casos significa poder mantener adecuadamente a la familia.

Un hecho que destaca es el que las mujeres son las que tienen más influencia cuando un hombre se decide a practicarse la vasectomía (OPS/GTZ, 2002). Este es un aspecto que puede resultar fundamental para la buena divulgación y aceptación de un servicio de SSR que incluya la vasectomía. Ya que las mujeres asisten con mayor frecuencia y disposición a los servicios de salud, se podría evaluar la posibilidad de hacer llegar la información sobre la vasectomía a los hombres por medio de ellas, sean sus esposas o parejas, pues la situación comentada hace referencia a un importante grado de cercanía y confianza, el cual puede ser aprovechado para reforzar la SSR de hombres y mujeres.

Servicios de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de género y masculinidad

Como se mencionó con anterioridad, por mucho tiempo las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales rectoras de la salud impulsaron un énfasis en la atención de la salud de la mujer y de la familia. Esto tuvo la consecuencia imprevista de dejar a un lado y descuidar la atención de la salud de los hombres, quienes se resistían a visitar los centros de salud (y siguen haciéndolo por lo menos en el grueso de la población).

Por algún tiempo se creyó que el enfoque de género consistía en atender a la mujer, dejando de lado precisamente al género masculino. Como lo señalan Campos y Salas (2000a) *“en muchos casos, se escucha de programas con visión de género, cuando, en realidad, son programas con participación de mujeres (con muy poco de género)”* (p. 23).

Es a partir de la realización de la CIPD en 1994, que se decide combatir esta situación, la cual además de las consecuencias en la salud de los hombres, estaba provocando que se recargara en las mujeres la responsabilidad de atender la SSR de ellas y de sus parejas, así como la salud en general de toda

la familia (Lundgren, 2000; Ndong y Finger, 1998; OPS / GTZ, 2002; Wulf y Perrow, 2001).

Con el fin de que los hombres se cuiden de mejor forma y de que asuman su responsabilidad en su SSR y la de su pareja, así como en la salud de la familia en general, se impulsa el desarrollo de servicios que respondan efectivamente a las necesidades de los hombres. Bajo este marco, se consideró pertinente que tales servicios estuvieran organizados bajo el denominado enfoque de género.

El enfoque de género plantea la importancia de tomar en cuenta las necesidades particulares que tienen mujeres y hombres como tales, las que surgen a partir de sus diferencias y de la forma en que se han estructurado muchas sociedades. Este enfoque pretende entonces reconocer las diferencias y superar aquellas diferencias que se han constituido en desigualdades e inequidades que perjudican el desarrollo integral de las personas.

Chelala (2000) define el enfoque de género como *“una forma especial de mirar al mundo que permite visualizar el papel, las responsabilidades, las necesidades y el control que tienen sobre los recursos las mujeres y los hombres”* (p. 7).

Aplicando el concepto a la atención de la salud, implica que a ambos les serán respetados sus derechos y características particulares a la hora de que se diseñen y ofrezcan servicios de salud, así como que todos los servicios y políticas se orientarán de manera tal que buscarán reducir las relaciones desiguales e injustas que afectan principalmente a las mujeres, pero también a los hombres (OPS / GTZ, 2002).

De esta forma, se busca que los servicios de salud estimulen el desarrollo integral y equitativo de mujeres y hombres, por medio de políticas y servicios que promuevan el cuidado de la salud, el respeto y la solidaridad.

En prácticas concretas, el enfoque de género se puede ver materializado en el acercamiento del sistema de salud al hombre, en el establecimiento de servicios en donde se le informe sobre su SSR y la importancia de que asuma activamente el cuidado de esta, de su pareja y de su familia; espacios que permitan a los hombres discutir sobre su vivencia de la masculinidad y reflexionar sobre el impacto que esta tiene en su vida y en la vida de las mujeres; servicios de asesoría en SSR con profesionales y personal calificado, que orienten a hombres y mujeres sobre las opciones con que cuentan para vivir de forma plena y responsable su SSR.

II. Preguntas y objetivos del diagnóstico

A partir de la conciencia desarrollada dentro de la Sección Salud de la Mujer, del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social de que 1) a pesar de sus ingentes esfuerzos por desarrollar estrategias de atención integral de la SSR en los servicios que presta la institución, estos han dejado de lado a la población masculina (dejando de responder a un correcto enfoque de género); 2) para realmente generar un impacto positivo en el mejoramiento de la calidad de vida de la población es necesario que la población en general y las instituciones de salud tomen conciencia de los riesgos a los que se exponen los hombres (los cuales les afectan a ellos, a sus parejas y a sus familias) como expresión directa de una construcción identitaria masculina que a la vez responde a una determinada ideología de género y; 3) consecuentemente con lo anterior, se hace necesario sensibilizar a la población (específicamente la masculina y a quienes les atienden o tienen la responsabilidad de hacerlo), para que gesten un proceso de transformación de su sistema de creencias, actitudes y prácticas que obstaculiza la prevención, la promoción y la atención integral de la salud (con especial énfasis en su SSR); se justifica explorar y conocer más profundamente este sistema de creencias, así como todos aquellos obstáculos (internos y externos) que dificultan el acceso de los hombres a servicios de salud de calidad.

De este modo las interrogantes centrales que dirigen el trabajo investigativo para la definición del diagnóstico son:

- ¿cuál es el significado del “ser hombre” imperante en la población (usuarios y prestadores de servicio)?, ¿cómo han construido esa representación?, ¿cuáles divergencias existen en relación con el discurso hegemónico de masculinidad de la cultura patriarcal?
- ¿qué similitudes o diferencias existen en las representaciones de masculinidad que poseen los usuarios de servicio y los(as) prestadores del mismo?, ¿cómo intervienen estas diferencias y similitudes en el acceso de los hombres al servicio y la calidad de la atención que se les brinda?
- ¿cuáles son los elementos constitutivos principales de la identidad de los hombres y cuál es la relación que estos tienen con la forma en como estos asumen su SSR (estilos de vida, conductas de riesgo y de protección, prácticas de autocuidado; participación en el cuidado de la salud de su pareja y su familia y participación en la planificación familiar)?
- ¿qué conocimientos, actitudes y prácticas posee la población en torno a la SSR?, ¿qué necesidades posee la población de usuarios en torno a su SSR?, ¿cómo satisfacen estas necesidades?
- ¿cuál es el conocimiento y percepción que poseen los(as) prestadores de servicios de salud acerca de las necesidades en SSR que poseen los usuarios?, ¿qué nivel de conocimiento, capacitación e integración del

enfoque de género y masculinidad, existe en los(as) prestadores de servicios, en las prácticas institucionales y en los servicios de salud en general?, ¿qué tipo de prácticas institucionales dificultan o favorecen la satisfacción de las necesidades de los hombres respecto de su SSR?

- ¿cómo perciben, los usuarios, la atención de su SSR que brindan los servicios de salud?, ¿cómo les gustaría que fueran estos servicios según sus características, necesidades y particularidades?
- ¿qué características de los servicios de salud, obstaculizan el acceso de los hombres a los mismos?
- ¿qué características de los servicios de salud, favorecen el acceso de los hombres a los mismos?
- ¿cuáles son los conocimientos, creencias, temores e inquietudes que posee la población (usuarios y prestadores) en torno a la vasectomía como método de planificación familiar?, ¿cómo inciden estos elementos en la decisión de los hombres de practicársela y en la vivencia de hombres vasectomizados?

Tal como puede observarse, las interrogantes planteadas en tanto preguntas orientadoras que dirigieron el diagnóstico, contemplan el interés de realizar una indagación en dos de los segmentos poblacionales involucrados en la producción social de la salud: usuarios y prestadores de los servicios.

La premisa que está de base es, por tanto que, en la medida en que podamos respondernos algunas de las interrogantes planteadas arriba, lograremos avanzar en la identificación de aquellos elementos que deben ser fortalecidos y aquellos que deben ser reducidos o eliminados para lograr una mayor participación de los hombres en los servicios de salud, en el cuidado de su SSR y la de su pareja, y específicamente, en la planificación familiar.

De esta manera, el objetivo general del diagnóstico establece la posibilidad de:

- *Comprender la relación existente entre las creencias, conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios de los servicios, y de los(as) prestadores de los mismos que, desde la concepción de masculinidad presente en ellos(as), obstaculizan o favorecen la participación de los hombres en los servicios de salud, en el cuidado de su SSR y la de su pareja, y específicamente, en la planificación familiar.*

Mientras que los objetivos específicos formulados son:

- Describir el sistema de creencias y actitudes referidos a la masculinidad y su relación con la Salud Sexual y Reproductiva que poseen los y las prestadores (as) y usuarios de los servicios de salud.

- Identificar las prácticas del servicio en relación con la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de los varones.
- Identificar elementos de los servicios que potencien o limiten la atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva de los varones.
- Identificar los conocimientos, creencias, temores e inquietudes que poseen los usuarios y los(as) prestadores de los servicios de salud, en torno a la vasectomía como método de planificación familiar y su impacto en la decisión de los hombres de optar por ella, así como en la vivencia de aquellos hombres que se ha vasectomizado.

Por otra parte, como objetivos externos del diagnóstico se contemplan:

- Definir algunos elementos por tomar en cuenta para el establecimiento de estrategias y programas de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de los varones.
- Apoyar, a partir de los resultados del diagnóstico, la estructuración, diseño y ejecución de espacios de reflexión y sensibilización acerca de la masculinidad en los(as) prestadores(as) de servicios de salud para mejorar la calidad de los mismos.

III. Metodología de diagnóstico

Tipo de estudio

El diagnóstico representa una experiencia investigativa de carácter cualitativo-comprensiva. En este sentido, renuncia a la generalización de la información en la búsqueda de una mayor profundización de los fenómenos asociados al tema en cuestión. Es decir, no pretende establecer explicaciones causales como conclusiones acabadas y generalizables al resto de la población, sino que se propone como un acercamiento que posibilite, por una parte, realizar algunas reflexiones respecto de lo que acontece y por otra, establecer algunos puntos de partida sobre este tema específico, para transformar positivamente el estado de las cosas, concretamente en relación con la atención integral de la SSR de la población masculina.

A pesar de lo señalado anteriormente, es importante recalcar, desde Eisner (1998), que si bien los estudios cualitativos no pretenden construir leyes o teorías generales aplicables a otras situaciones o sujetos similares a las contempladas en el estudio (según la propuesta inductiva-deductiva del paradigma empírico-positivista), la generalización desde un paradigma cualitativo “puede considerarse no solo como ir más allá de la información dada (Bruner, 1973), sino también como la transferencia de lo que se ha aprendido de una situación o tarea a otra” (p. 230).

En esto radica precisamente, la importancia y el sentido que posee este tipo de estudios para una mayor aproximación y un mejor conocimiento de la realidad estudiada.

Población y sujetos de investigación

La población elegida para el estudio estuvo constituida por usuarios y prestadores de servicios del Área de Salud Turrialba-Jiménez y de la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia de Turrialba (lugar donde se ejecuta el Plan Piloto de Vasectomía del Hospital de Turrialba).

Es importante señalar que, para el caso de la población de usuarios, los sujetos de investigación elegidos podían ubicarse, por el interés específico del diagnóstico, en dos grupos diferenciados, uno constituido por hombres usuarios de los servicios de salud en general y el segundo, por hombres usuarios del servicio de vasectomía de la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia de Turrialba (vasectomizados y en lista de espera).

Procedimientos y técnicas de investigación

Partiendo de los objetivos planteados para el diagnóstico, se contemplaron diversas técnicas propias del enfoque investigativo elegido, que permitieran, desde diferentes niveles, acceder al universo simbólico y su materialización en la praxis de los y las participantes en el estudio.

Desde esta perspectiva, las distintas técnicas utilizadas (observación participante —seguimiento de la ruta crítica—, entrevistas abiertas, grupos focales y encuesta) nos permitieron, por una parte, como posibilidades diversas de esclarecer la realidad en cuanto a las creencias, actitudes y prácticas que usuarios y prestadores(as) de servicios poseen en torno de la masculinidad y la atención de la salud sexual y reproductiva de los hombres; y por otra, se constituyeron en una estrategia de triangulación en la investigación, lo cual asegura una mayor confiabilidad del proceso y sus resultados.

En este sentido, y con el propósito de cumplir con las metas fijadas para el proceso, se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Amplia revisión de antecedentes, nacionales e internacionales, en el tema de masculinidad y salud, masculinidad y salud sexual y reproductiva, atención integral de la salud sexual y reproductiva de población masculina, entre otros. En esta revisión, se buscaron además, experiencias de servicios de vasectomía y, en general, de atención de la salud sexual y reproductiva de hombres.
2. Un proceso de observación participante de ruta crítica como usuario potencial del servicio. Esta actividad, entre otras cosas, se orientó a conocer, con mayor profundidad, el proceso por el cual pasan los usuarios, así como las prácticas de los prestadores en su labor cotidiana. Asimismo se observaron aspectos relacionados con las fortalezas y limitaciones de un servicio de atención integral de la salud sexual y reproductiva de población masculina. Para recoger algunos datos extras del proceso y aunque no fue contemplado en la propuesta inicial de investigación, se procedió a realizar una revisión de expedientes que fue suspendida debido a la insuficiencia de datos sobre la población masculina que accede al servicio.
3. La realización de 10 entrevistas abiertas a actores claves entre los que se contempló a autoridades institucionales en el nivel técnico, a la coordinadora del servicio de vasectomía de la Clínica integrada Pro Salud de la Familia, funcionarios(as) que trabajan directamente con la población de hombres en el servicio de la Clínica y usuarios que han utilizado ya el servicio⁷ (ver en

⁷ Los usuarios del servicio entrevistados fueron seleccionados del grupo focal realizado con hombres que han sido vasectomizados. Se seleccionó un hombre con grado profesional y uno sin esa característica. No se consignan en ninguna parte de este documento los datos de los informantes por razones obvias de ética en la investigación y de protección de la identidad de los informantes.

anexo 1 la lista de informantes claves entrevistados y en el anexo 2 los guiones de entrevista utilizados). La mayoría de estas entrevistas fueron registradas mediante el recurso magnetofónico, para luego transcribir el material. En aquellas que no, el registro escrito fue organizado siguiendo el guión de entrevista.

4. La realización de 3 sesiones de Grupo Focal (2 sesiones con usuarios del servicio —una sesión con hombres que ya se han realizado la vasectomía y una con hombres en lista de espera— y una sesión con prestadores y prestadoras de servicios de salud)⁸. Se pretendió desde acá rescatar con mayor profundidad creencias, actitudes y prácticas de ambas poblaciones en lo que respecta a la masculinidad, la salud sexual y reproductiva de los hombres y las prácticas de atención de la salud sexual y reproductiva de esta población (ver en anexo 3 los guiones utilizados para estas sesiones de grupo focal). Estas sesiones además de ser registradas magnetofónicamente (previo consentimiento de los y las participantes), fueron sistematizadas por un observador que participó como tal en las sesiones.
5. Una pequeña encuesta (con un cuestionario mixto y de autoaplicación de 39 ítems) para prestadores(as) de servicios de salud del Área de Salud (ver en anexo 4 el instrumento). A través de esta técnica se pretendió explorar, en forma mucho más profunda, creencias y actitudes acerca de la masculinidad y su salud sexual y reproductiva. Esta encuesta se realizó durante quince días, al final del año 2002, a todos(as) los(as) funcionarios(as) del Área de Salud que fuera posible. Esto facilitó además evaluar los servicios en sus fortalezas y debilidades, así como en sus áreas de amenaza y oportunidad.
6. Una pequeña encuesta (con un cuestionario mixto y de aplicación “cara a cara”, con 56 ítems) para usuarios de servicios del Área de Salud (ver en anexo 5 el instrumento utilizado). Mediante esta estrategia se procuró, al igual que con la encuesta de prestadores, explorar, en forma mucho más ampliada, creencias y actitudes acerca de la masculinidad y su salud sexual y reproductiva pero, además, se exploraron con mayor profundidad, las percepciones que tienen de los servicios que se ofrecen a los hombres en cuanto a la atención de su salud sexual y reproductiva. Esta encuesta al ser de aplicación “cara a cara”, implicó realizar una capacitación con ATAP designados por los EBAIS como apoyo para la labor de encuesta. La aplicación del instrumento se realizó durante un día completo, a todos los usuarios que llegaron al servicio durante ese período de tiempo.⁹

⁸ Es importante señalar que, si bien se había planificado una sesión más de grupo focal con hombres y mujeres de la comunidad, usuarios(as) de los servicios del Área de Salud, por falta de convocatoria (se intentó realizar en dos ocasiones) no se pudo llevar a cabo.

⁹ Ambos instrumentos fueron validados con poblaciones similares (usuarios y prestadores de servicio) para lo cual se contó con el apoyo del Área de Salud de Mora-Palmichal.

Los resultados de la información arrojada por la aplicación de ambas encuestas fueron tratados mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales conocido como SPSS.

Es de vital importancia comprender que, dentro de este enfoque investigativo, las actividades iban concatenadas unas con otras tan estrechamente que algunos aspectos por tomar en cuenta en una parte del proceso o en un instrumento específico, dependían de los resultados del proceso anterior. De esta manera, por ejemplo, para el diseño de los instrumentos de encuesta, se utilizaron los resultados de las entrevistas y los grupos focales.

Esta situación, obligó además al investigador, ir sistematizando y analizando progresiva y permanentemente las informaciones y datos recopilados.

IV. Análisis de los resultados del diagnóstico

Tal como se explicó en la presentación de este informe, para efectos de una mayor y más integrada comprensión de lo encontrado mediante las diversas técnicas de investigación utilizadas, presentamos a continuación, los resultados obtenidos en el proceso y el análisis de los mismos, los cuales irán integrándose en el desarrollo del capítulo.

La única segregación de datos que se hace, tiene una referencia específica a las dos poblaciones elegidas para el estudio. Así, en un primer subapartado, se presenta el análisis de resultados de la población de usuarios de los servicios, y en un segundo apartado, la de los prestadores.

Es importante señalar que, aquellos datos obtenidos en el proceso que hacen referencia a la organización misma de los servicios (especialmente del servicio piloto de vasectomías), se consignaran en las consideraciones finales como un intento por plantear una especie de evaluación del servicio que se ofrece, o que a su vez es punto de partida para las recomendaciones que se harán en su momento.

Hombres usuarios de los servicios de salud

Tal como se explicó en el apartado de metodología, para poder explorar la creencias, actitudes y prácticas de los usuarios respecto su SSR en relación con su concepción de la masculinidad, se utilizaron diversas estrategias metodológicas: grupos focales, entrevistas abiertas y una encuesta.

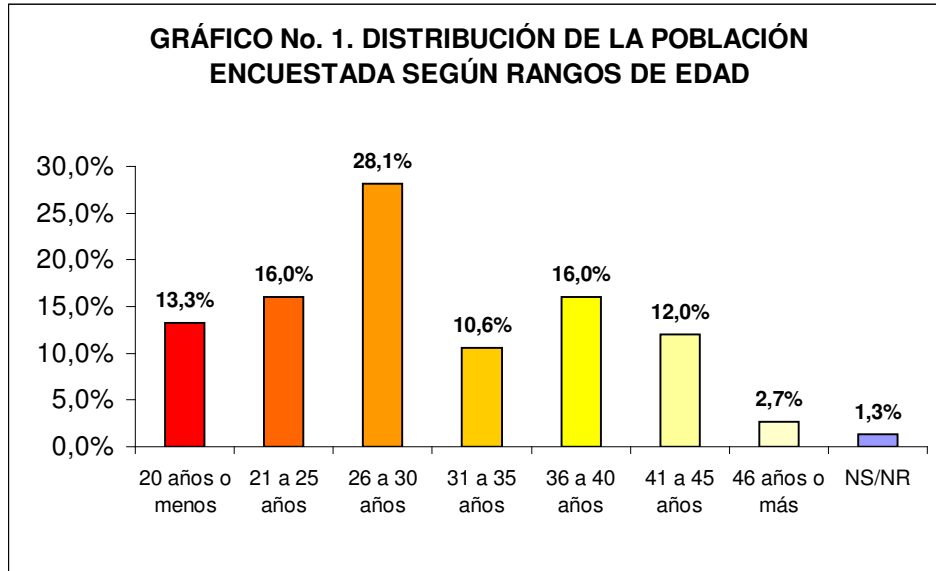
En este sentido se realizaron dos entrevistas con usuarios, participantes también del grupo focal con hombres vasectomizados, dos grupos focales (una con hombres vasectomizados y uno con hombres en lista de espera para realizarse dicho procedimiento) y una pequeña encuesta realizada en distintos EBAS del Área de Salud, con aquellos usuarios que acudieron un día específico a los servicios.

Los hombres usuarios participantes en el proceso

Los hombres usuarios que generosamente compartieron con nosotros sus puntos de vista, opiniones, ideas y experiencias respecto de su identidad, su concepción del “ser hombre” y su salud, participaron de forma diferencial en los grupos focales o en las entrevistas realizadas por funcionarios de salud mediante el cuestionario confeccionado para la ejecución de la encuesta.

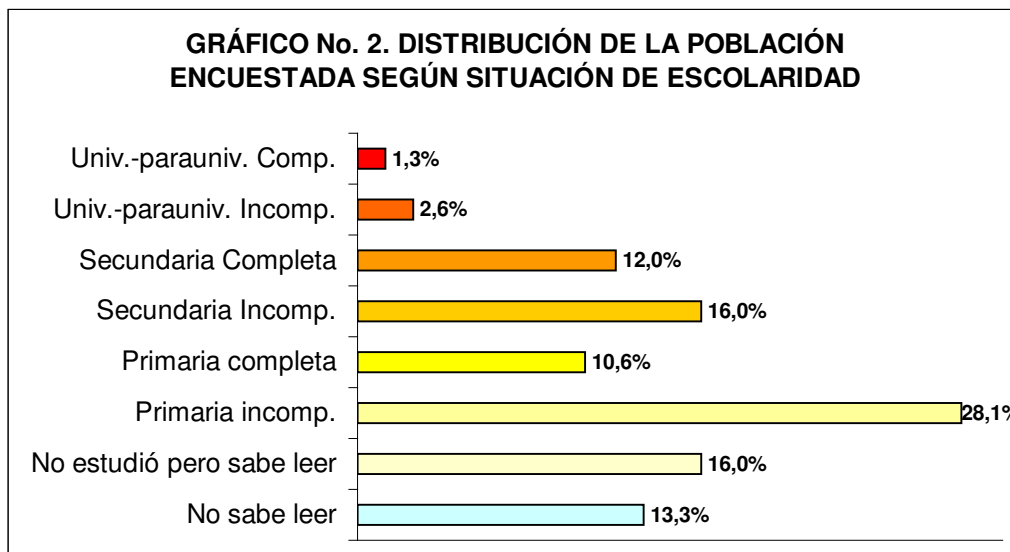
Así, mientras en los grupos focales participaron 23 hombres (10 en el grupo de hombres en lista de espera y 13 en el grupo de vasectomizados), la muestra alcanzada por la encuesta estuvo compuesta por 75 hombres en edades entre

los 17 y los 86 años, siendo el rango de 26 a 30 años donde se concentró el porcentaje más alto de población (28,1%).



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a usuarios de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

Poco más de la tercera parte tenían primaria completa y solo 16% tenía educación universitaria o parauniversitaria (10,7% incompleta y 5,3% completa). Desde los datos, podríamos decir en general que se trata de una población con un bajo nivel de escolaridad ya que, como se puede observar en el siguiente gráfico, más de la mitad de la población (65,4%) no contaba ni siquiera con estudios secundarios completos.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a usuarios de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

Por otra parte, 81,3% del grupo encuestado, señaló que trabajaba. Si bien, la distribución de la población fue amplia en cuanto al tipo de trabajo (ver cuadro siguiente), casi la cuarta parte de la muestra señaló que se ocupaba en trabajos tales como misceláneo, peón y taxista, es decir en labores que no requieren un grado significativo de calificación, lo cual responde en forma coherente con el perfil educativo de la muestra.

CUADRO No. 1. TIPO DE TRABAJO REALIZADO POR LOS HOMBRES ENCUESTADOS

Tipo de trabajo realizado por los hombres encuestados		Frecuencia	Porcentaje
	Panadería	5	6.8
	Misceláneo, peón, taxista	17	23.3
	Agricultura	6	8.2
	Ventas	2	2.7
	Ganadería (Lechería)	3	4.1
	Negocio propio	3	4.1
	Educador	4	5.5
	Comerciante	7	9.6
	Trabajador del área de Salud (enfermero, auxiliar)	4	5.5
	Seguridad	4	5.5
	Trabajos de Oficina	4	5.5
	NS/NR	14	19.2
	Total	73	100.0
Perdidos	Sistema datos perdidos	2	
	Total	2	
Total		75	

Fuente: Elaboración propia. Encuesta a usuarios de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

Poco más de la mitad de la población, indicó estar casado o en unión libre (53,3% casado y 5,3% en unión libre), mientras que 40% señaló estar en soltería. De este último grupo, 36,7% (11 personas) aseguró tener pareja estable en el momento de ser encuestado.

De toda la población, solo 49,3% reportó tener al menos un(a) hijo(a) (2 solteros, 31 casados, 1 separado y 3 en unión libre). De este grupo 10 personas (13,3% de la población total) reportaron tener un hijo, 14 (18,7% de la población total) reportaron tener 2 hijos, 8 (10,7% de la población total) tres hijos, 3 (4% de la población total) cuatro hijos y 2 (2,6% de la población total) cinco hijos o más.

Del “ser hombre” al “hacer-se hombre”

La construcción identitaria de los seres humanos, tal como se expuso en el marco teórico, responde a un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida de una persona y en el cual participan múltiples variables de distinta índole.

Es decir, la identidad masculina como una de las dimensiones de la identidad total de los varones, no responde únicamente a aspectos fisiológicos o biológicos, sino que constituye un producto sociocultural y subjetivo. Desde esta perspectiva, es posible afirmar que un hombre no “es hombre” como una derivación lógica de su sexo, sino que se hace hombre conforme crece, se desarrolla e internaliza las demandas sociales y culturales de los distintos grupos e instituciones en donde se desenvuelve.

Esto plantea que, “ser hombre” en tanto simple acto de ostentar “los atributos” y “las cualidades” del varón, deviene en un complejo proceso de interpretación de sentidos y de ejecución de diversos mandatos socioculturales (muchas veces contradictorios) asociados al género masculino.

En este sentido, es interesante observar que para los participantes en el grupo focal de hombres vasectomizados, la definición, el concepto y el mismo significado de ser hombre *“depende de cada familia, de la crianza que le dieron a uno”*.

Esto plantea dos situaciones importantes de evidenciar. Por una parte, subraya la concepción de los informantes de que un hombre se hace hombre (aprende a serlo y se construye como tal), por medio del contacto con la sociedad, principalmente a través de distintas figuras familiares como el papá, la mamá, el abuelo o, en general, los hombres de la familia; y por otra, establece la posibilidad del cambio, la ruptura, la variación del modelo, tal como uno de los participantes lo señaló, la forma en que un hombre es hombre y enseña a sus hijos a serlo a su vez *“depende mucho de cómo lo ve cada uno”*, o como lo señaló otro participante *“abarca un sinfín de respuestas”*.

De esta manera, así como varios de los participantes consideran que existen formas distintas de ser hombre, no limitándose a una única forma, se puede aceptar que existen diversas visiones y vivencias de la masculinidad, no solo entre diferentes generaciones sino incluso, al interior de una misma generación.

En este sentido, es interesante hacer notar que, los hombres participantes en los grupos focales (tanto los que están en lista de espera como los que se han realizado la vasectomía), se esforzaron en dejar claro que ellos representan una generación de cambio, que rompió con la visión tradicional patriarcal que le daba al hombre una *“presencia preponderante”* en la sociedad, que lo situaba como superior, más fuerte que la mujer, que dirige, guía, toma decisiones y demuestra su hombría a partir de su capacidad seductora. De hecho, fue interesante observar que, al explorar en uno de los grupos el significado de esta transición de la que hablaban, uno de los participantes recuperó lo planteado en una canción interpretada por Ricardo Arjona¹⁰, señalando que *“hombre no es el que tiene muchas mujeres sino el que tiene una pero la tiene contenta”*.

Precisamente, al explorar el modelo del cual ellos sugieren se está generando una ruptura y un cambio, los participantes en la investigación comentaron que antes se tenía un modelo de hombre *“más rústico”*, que prácticamente se reducía a la demostración física y sexual de la fuerza y la potencia. Así algunos comentaron que *“ser hombre era ir a la fuerza a volar cuchillo”*, tener la capacidad de seducir y mantener relaciones sexuales con varias mujeres o que se tenía la idea de que el hombre debía ser *“muy güevón”*, definido como ser *“matón, violento, que se cree que por ser hombre es dominante de la mujer”*.

En general, los participantes plantearon que este modelo, el cual según su criterio favorecía mucho más a los hombres, principalmente en aspectos laborales (acceso a mejores trabajos que las mujeres) y políticos (por mucho tiempo las mujeres no podían votar), se mantenía debido a una menor educación de la población (muy escasa y básica).

De hecho, los participantes del grupo focal de hombres vasectomizados coincidieron en señalar, como apoyo al criterio de que la baja educación sostenía el modelo tradicional, que desde este modelo se ponía a trabajar a los hijos varones desde pequeños, afectando (perjudicando) sus posibilidades de educarse y revisar los valores machistas presentes en la educación recibida por sus padres

Ahora, al sondear en la opinión de los participantes cómo es que se origina la ruptura con el modelo tradicional y la construcción de otros modelos, uno de los participantes del grupo de hombres vasectomizados lo achacó a dos procesos sociales, a saber: al cambio tecnológico y a la educación. Según su opinión, la cual fue validada por el resto de participantes, los cambios tecnológicos hacen que la gente cambie así como una mejor educación y preparación *“la hace pensar un poquito más hacia adelante”*.

¹⁰ La canción referida lleva por título *“Del otro lado del sol”*, incluida en el disco *“Historias”* de Ricardo Arjona. El trozo de la canción utilizado por el participante del grupo focal dice textualmente *“...aquí hombre es el que tiene mujeres y vida de tormenta, sin saber que hombre es el que tiene una y la mantiene contenta...”*

En esta misma línea otro participante señaló que *“no nos podemos quedar con la educación que nos dieron los padres, como el machismo, hay que apoyar el cambio, la modernización”*. Otro participante consideró que esto es un proceso, por lo que el modelo de hombre va a ir cambiando con el tiempo.

Al ser cuestionados sobre esta misma cuestión en el grupo de lista de espera, es decir sobre la razón o la causa por la cual se ha producido ahora un cambio en su visión en contraste con la de generaciones anteriores, se plantearon tres causas complementarias a las señaladas en el otro grupo.

La primera causa mencionada fue la maduración que viven las personas como proceso que posibilita revisar, modificar o ajustar los valores tradicionales. En segundo término se señaló que, en la actualidad existe no solo más información que antes, sino que además hay mayor acceso a ésta a través de los medios de comunicación colectiva y más educación. Y en tercer lugar, se rescató un elemento normalmente no destacado en el discurso de los hombres, el hecho de que la mujer de la actualidad *“ha ido buscando más su lugar”, “establece más límites, busca más que se respete su posición”*.

Sin embargo, al ser cuestionados sobre por qué hay hombres de edades similares, de la misma generación de ellos que no quieren cambiar o producir cambios, los participantes del grupo de hombres en lista de espera lo achacaron a dos razones principales: primero, a que todos los cambios son graduales, *“no se dan de la noche a la mañana”* y segundo, a que *“parte de la sociedad cree que generar cambios en el hombre es hacerle perder [a éste] su hombría”* lo cual dificulta la transición.

Para los participantes, esta transición progresiva se orienta a concebir al hombre como *“un ser humano, igual que la mujer, ni más ni menos que ellas”* (aunque se diferencie de estas en el sexo tal como lo señalaron varios participantes). Así, aunque el significado de “ser hombre” es definido como *“algo muy amplio”* por uno de los participantes en la investigación o en palabras de otro *“son muchas cosas las que van a reunir el concepto de hombre”* o *“no se limita a lo físico como la tendencia latina de machismo”*, en general en los grupos prevalecieron asociaciones con *“ser valiente”, “ser responsable”, “hacer frente a los deberes”, “ser buen esposo”, “ser buen padre”, “ser trabajador”, “ser decente y honrado”, “ser una persona bien orientada moralmente y espiritualmente”*.

Resulta interesante observar pues, a partir de lo comentado por los participantes, que aunque ellos se identifican a sí mismos como personas no machistas, como ejemplos de hombres que han cambiado, es notable que

asocian fuertemente ser hombre con algunos roles tradicionales, como el de esposo, padre, proveedor, protector.¹¹

Es relevante entonces hacer notar cómo las “fisuras” que empiezan a encontrarse con mayor claridad y frecuencia en el modelo hegemónico de la masculinidad, se materializan en diversas creencias, actitudes y prácticas que por su carácter incipiente, no han sido incorporadas absolutamente y su coherencia y claridad varía de un sujeto a otro o de una situación a otra.

Así es relevante subrayar que, en general, en los grupos focales de usuarios (tanto de hombres vasectomizados como de hombres en lista de espera) imperó el criterio de que se ha venido gestando un cambio en la forma de concebir la masculinidad y, por tanto, de ser hombre.

De hecho, tal y como se ha descrito, en general los participantes manifestaron sentirse parte de una generación que ha avanzado mucho en este sentido, alejándose del machismo como el modelo actitudinal y comportamental de masculinidad por excelencia, el cual, según su opinión, por mucho tiempo constituyó una característica prácticamente inherente de la masculinidad: *“se ha confundido ser hombre con el machismo”*.

Este cambio fundamental que consiste, tal como se puede observar, en separar la construcción de la identidad masculina del “machismo”, en tanto modelo tradicional que subyace y reproduce la masculinidad hegemónica desde la ideología patriarcal, ha posibilitado que algunos hombres (y algunas mujeres) tengan nuevas y constructivas relecturas y reinterpretaciones de la masculinidad, así como la posibilidad de abandonar y adquirir algunos roles, antes diferenciados y estereotipados según el género.

Tal como lo señalaba un participante del grupo focal de hombres en lista de espera, *“ahora el hombre hace cosas que antes no hacía”*, destacando los importantes y relevantes cambios que se han generado de los roles sexuales y de género. En esta misma perspectiva, uno de los participantes señaló que, mientras antes ser hombre era ser *“la persona que iba a las guerras, mientras las mujeres se quedan cuidando a sus hijos”*, ahora se está produciendo un cambio fundamental, desde el cual los hombres han redimensionado su lugar y papel en la relación de pareja y en general, al interior de la familia.

En este sentido, los participantes manifestaron que ser hombre es tener una pareja y compartir con ella distintas responsabilidades, priorizando el empleo del

¹¹ Como contrapartida de estos remanentes del modelo hegemónico, propio de la cultura patriarcal (coexistentes con algunas nuevas perspectivas), se puede observar que en la concepción que los participantes tienen de la mujer (a pesar de que aceptan que han trascendido el espacio doméstico) aún es ubicada en roles tradicionales: como el de la esposa, la *“señora”*, encargada de la casa, tal y como se desprende del comentario de uno de los participantes: *“hay que valorar a las esposas como personas, con libertad de tomar decisiones en la casa”*.

diálogo, pues consideraron que ahora las decisiones y responsabilidades en el hogar y el trabajo (extendiéndose incluso al ámbito de la planificación familiar tal como podrá observarse más adelante) se deben tomar en conjunto, “*con la señora, la esposa*”.

Emerge nuevamente en este punto, lo que ya se había señalado anteriormente respecto de que estos cambios positivos que anuncian nuevas visiones de la masculinidad, se dan junto con visiones tradicionales, tal como se puede observar en el discurso de uno de los participantes al señalar que las responsabilidades del hogar deben ser asumidas también por el hombre como esposo “*para ayudarle a ella*”. Lo cual devela la dificultad de abandonar la idea de que las responsabilidades referentes al ámbito del hogar y la familia, son responsabilidades centrales de las mujeres.

Por otra parte, es relevante enfatizar que, tal como se puede ir observando, la lucha por el cambio en la construcción de las identidades masculinas pareciera jugarse principalmente en el espacio de lo privado, de lo doméstico, de lo vincular, y por supuesto por los mismos cambios logrados por las mujeres y la presión consecuente en la estructura relacional de la familia.

La Salud Integral y la Salud Sexual y Reproductiva de los hombres: un escenario de transiciones y contradicciones.

Desde una perspectiva integral e integradora del ser humano y de la realidad, no es posible concebir cambios en una dimensión que no tengan resonancia en otras dimensiones o ámbitos.

De esta manera, buscando los efectos que las transiciones sociales y subjetivas que se vienen operando en cuanto al modelo de masculinidad podrían tener en la Salud Sexual y Reproductiva de los varones, nos encontramos con un primer hallazgo interesante que podría ser una materialización de estos atisbos de cambio ya descritos.

Es interesante observar, partiendo de la población encuestada que tiene hijos, que más de la mitad de este grupo (64,8%) solo reportó tener uno o dos hijos, lo cual puede ser además una muestra de la tendencia social a la disminución en el tamaño de la familia con respecto a generaciones anteriores.

De hecho, esto se confirma al observar que sólo 20% de la población total aseguró desear más hijos y si observamos el comportamiento de este deseo en

la población según número de hijos, es relevante destacar que sólo 35,7% de quienes tienen dos hijos y el 12,5% de quienes tienen tres, lo desean así¹².

Esto evidencia además, que existe, por diversas variables, un debilitamiento social del encargo patriarcal hacia el hombre de engendrar descendencia como una de sus “obligaciones” masculinas o como una demostración de su masculinidad, aún a pesar de que 92,1% de quienes no tienen hijos desean tener algún día.

Si bien en la encuesta no se exploraron las variables que pudieran explicar este fenómeno, en los grupos focales la razón que aparece con mayor fuerza para no desear más hijos está referida fundamentalmente al aspecto económico. En este sentido, pareciera ser que la conciencia de la responsabilidad de los padres de otorgar una mejor calidad de vida a su progenie se impone sobre el mandato social masculino tradicional que ubicaba al hombre fundamentalmente en un rol de “semental”.

De esta forma, conviene señalar que esto establece, un terreno fértil para discutir con la población masculina su responsabilidad en cuanto a la planificación familiar, pero además plantea una hipótesis comprensiva de la ruptura con el modelo hegemónico que plantearía que la transición actual no ha consistido en acabar con los pilares o mandatos fundamentales de la masculinidad tradicional (que podrían entenderse desde los arquetipos propuestos por Gillette y Moore mencionados en el marco teórico) sino en releerlos y reinterpretarlos, esto es en su doble sentido de interpretación comprensiva y de interpretación “dramática” referida a la actuación del modelo.

En otro orden de cosas, en cuanto a las prácticas de la población encuestada en relación con la utilización de servicios de salud, es interesante observar que frente a la interrogante de por qué asistió al EBAIS el día de la encuesta, las respuestas reportadas por más del 10 % de la población fueron:

- Realizar trámites (21,9%)
- Acompañar a alguien más (19,2%)
- Por Chequeos médicos (16,4%)
- Por malestares relativos a resfriados (12,3%)
- Por seguimiento de enfermedades crónicas tales como hipertensión arterial, diabetes, entre otras (11%)

Aún más, solo 54,7% de la población aseguró haber asistido a algún servicio de salud en el último año (en otra ocasión) —el mismo porcentaje que reportó usar comúnmente los servicios de la CCSS—, siendo los malestares por resfriado (18,7%), los chequeos médicos (17,3%) y por heridas (6,7%) los motivos de consulta más mencionados.

¹² Otro detalle interesante es que a partir de los 9 años como edad del último hijo, prácticamente se extingue el deseo de los hombres de tener más familia.

Esto confirma lo ya conocido respecto de que existe una poca utilización de los servicios por parte de la población masculina, y que su utilización no responde a una actitud preventiva de su salud y mucho menos a la satisfacción de necesidades en el área de la SSR (sólo 2,7% reportó haber asistido alguna vez a algún servicio de SSR). De hecho, de la población que refirió no utilizar comúnmente los servicios de la CCSS (45,3% de la población total encuestada), el 73,52% respondió que no lo hacía porque no era necesario o porque estaba bien de salud.

Complementariamente a lo descrito en los párrafos anteriores, encontramos como explicaciones que brindó el 96% de la población encuestada respecto de no haber asistido alguna vez a algún servicio de SSR, *“por falta de información”* (30,7%), *“no ha tenido necesidad”* (18,7%), *“por falta de interés”* (6,7%), *“no ha tenido la oportunidad”* (4%), *“ese servicio es para mujeres”* (4%), *“todavía están muy jóvenes”* (2,7%). Esto vuelve a poner como un aspecto central de la discusión, la idea de la población masculina de que solo se asiste cuando se está pasando una situación problemática o grave de salud.

Esto se confirma en el grupo focal de hombres en lista de espera, quienes al interrogarlos acerca del por qué consideraban que los hombres acudían tan poco a los servicios, además de los aspectos de carácter externo a los que se hará referencia más adelante, mencionaron como argumentos explicativos centrales el descuido de parte de los hombres pero fundamentalmente el hecho de que *“el hombre se enferma menos que la mujer”*. Consecuente con esto, al interrogar a los hombres participantes en los grupos focales acerca de por qué existen algunas opciones de servicios que no son aprovechadas por los hombres y que tampoco buscan, se comentó que tal situación se produce por falta de dinero, de tiempo y por descuido.

Todos estos datos, nos permite ver un área de la masculinidad que no muestra grandes variantes respecto del modelo hegemónico, lo que concierne específicamente a la poca conciencia o por lo menos atención que brindan los hombres a sus propias necesidades de salud, como una materialización actitudinal y demostración a los otros (y a sí mismo) del valor y fortaleza propias de su *“hombría”*, tal como lo expresa uno de los hombres entrevistado con mayor profundidad *“nosotros los hombres solamente vamos al médico cuando ya no podemos levantarnos”*. Sin embargo estos datos también nos permite observar que tampoco ha cambiado mucho en esta población, la concepción de la salud y de los servicios que la procuran y protegen.

Es claro que los hombres participantes en la investigación siguen considerando que a los servicios se acude solo cuando uno *“esta mal”* lo cual, como es obvio, conlleva un alto riesgo para la salud y la vida de este grupo poblacional, así como un mayor costo para los servicios los cuales intervienen en la salud de los hombres a partir de la detección y diagnóstico (normalmente tardío) de las patologías.

Junto con este fenómeno, es importante prestar atención al hecho observado en el grupo focal de hombres en lista de espera quienes afirmaron no conocer ni haber escuchado nada sobre la SSR y su atención dentro de los servicios de salud.

Esta situación, obligó al facilitador del grupo focal explicar lo que se entiende por SSR, para poder explorar el grado de cuidado que tienen los hombres en esta dimensión de su salud. Precisamente esta indagación evidenció que al igual que con otras dimensiones de la salud, los hombres no solo no tienen conciencia de la importancia y necesidad de asumir conductas de autocuidado en la dimensión sexual y reproductiva, sino que aluden a la atracción natural del hombre por la mujer y la forma “liberal” en que el hombre se conduce como elementos que se imponen sobre el cuidado de la SSR, *“al punto que hay hombres que han cometido errores graves con su salud como enfermedades venéreas, por no tomar precauciones”*. En otras palabras, para estos hombres los varones funcionan y se comportan de determinada forma por *“una cuestión biológica natural”*, lo cual les empuja a responder al instinto y les dificulta medir las consecuencias de su comportamiento.

Aparece acá, tal como puede observarse, otro núcleo duro en los procesos de reconstrucción de las identidades masculinas, dentro del cual se sigue sosteniendo el arquetipo del “hombre amante” como elemento constitutivo e inmanente de la masculinidad. Esto a su vez, complejiza los procesos de autocuidado de la salud ya que, al ser visualizado este elemento como algo “natural” en los hombres, se naturalizan también ciertas conductas de riesgo en el terreno de su sexualidad.

En este respecto es sumamente ilustrativo observar la postura que poseían los participantes del grupo focal de hombres en lista de espera respecto de la utilización del condón como medio de prevención y protección de su salud sexual y reproductiva.

Así, con respecto al uso del preservativo, en general mencionaron que no les gusta utilizarlo pues *“no es igual”* tener relaciones coitales con preservativo, ya que afirmaron, se pierde sensación al emplearlo, además de que *“impone una barrera que no permite el disfrute pleno”*, o en palabras de otro participante, *“no permite plenitud física”*.

De esta forma, el grupo estuvo de acuerdo en que, en una relación sexual plena se impone siempre en primer lugar la búsqueda del placer, y en segundo lugar la protección y la seguridad. Así, en tanto *“el condón subordina el deseo pleno del hombre por un factor de seguridad”*, el condón aparece como una amenaza a su satisfacción erótica, y aunque con menos claridad, también afectiva.

Desde esta perspectiva, tal como lo señaló un participante —*“si uno se pone el preservativo, es porque hay miedo de algo”*—, junto a la fantaseada omnipotencia masculina propia del modelo hegemónico y el “valor” que “debe”

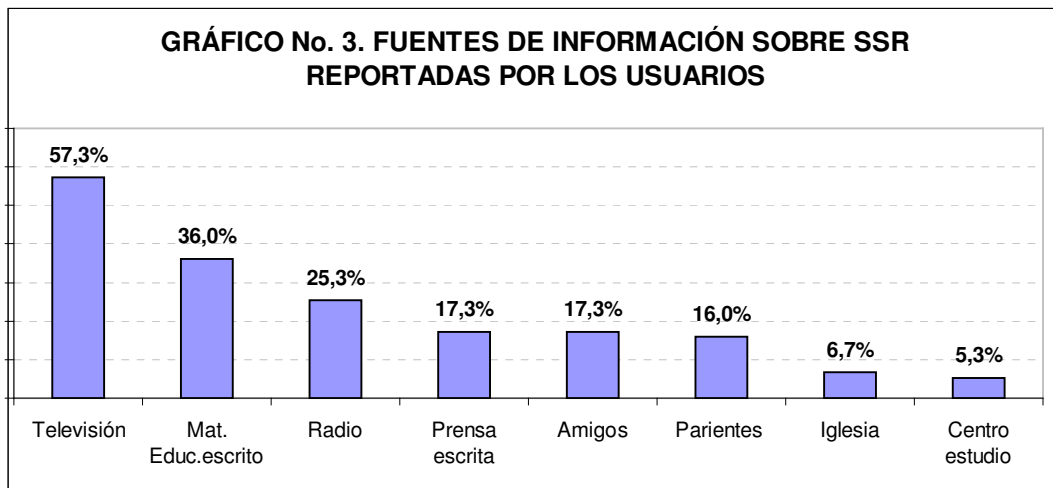
caracterizarles si quieren demostrar y demostrarse su hombría, es comprensible que tantos hombres no utilicen el condón o lo hagan “*solo cuando es estrictamente necesario*”.

Sin embargo, este aspecto no debe dejarse pasar desapercibido, pues como sabemos puede tener serias implicaciones en la salud de esta población —e incluso en otras—, lo cual debe ser un desafío central en la planificación de estrategias y programas orientados a promover y proteger la salud en su dimensión sexual y reproductiva de la población nacional.

En cuanto a la participación de los hombres en actividades informativo-educativas sobre salud en general y SSR, 54,7% de la población encuestada afirma haberlo hecho. No obstante en el último año 32,4% afirmó no haber participado de ninguna, 5,4% de tres, 8,1% de dos y 5,4% de una. Esto señala una escasez importante de ofertas educativas en promoción y prevención de la salud.

Los lugares reportados con mayor frecuencia como espacios donde se llevaron a cabo estas actividades fueron, centros educativos (25,3%), la iglesia, el lugar de trabajo y centro de salud (reportado cada uno por 9,3% de la población).

Otras fuentes de obtención de información reportadas fueron, la televisión (57,3%), por medio de material escrito (36%), la radio (25,3%), la prensa escrita (17,3%), los amigos (17,3%) y parientes (16%). Esto muestra, los medios de comunicación como un medio que puede y debe ser explotado para transmitir información referente a la salud.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a usuarios de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

Es de vital importancia hacer notar que, la totalidad de la población, consideró que los hombres necesitan más información sobre su salud y su SSR (de hecho de las dos personas que reportaron haber asistido a algún servicio de SSR

planteó como sugerencia al servicio que se educara al hombre en su sexualidad), lo cual plantea la necesidad que estos poseen en este respecto.

En otro orden de cosas, buscando revisar de qué modo la comunicación y el involucramiento de la pareja en el cuidado de la salud pueden tener un impacto positivo en la asistencia y búsqueda de atención en los servicios, es relevante destacar que:

- en cuanto a la comunicación con la pareja respecto de la utilización de servicios de salud, solo 22,7% de la población encuestada (30,9% de quienes tienen pareja estable) platicó con su pareja al respecto;
- solo 13,3% (18,1% de quienes tienen pareja estable) fue acompañado por ella a los servicios de salud; e
- igual porcentaje (13.3%) afirmó haber acompañado a su pareja a algún servicio de SSR (control ginecológico, consejería de planificación, etc.).

Aunque los porcentajes de población que reportan haber acompañado o se han hecho acompañar de su pareja a los servicios de salud son bajos (poco más de la octava parte del grupo encuestado), su correlación plantea la posibilidad de proponer la siguiente hipótesis: en tanto la salud de la familia y de cada miembro de la misma, sea vista como responsabilidad de todos, pero fundamentalmente de la pareja de padres, y además exista la postura de concebir esta tarea como algo que implica acompañamiento y solidaridad mutua, el clima que se establece al interior de la familia podría aumentar las probabilidades de que el hombre sea más sensible y conciente respecto de su propia salud y la de los demás, así como de la co-responsabilidad que existe en la pareja en relación con la salud reproductiva y las decisiones que se tomen en esta dimensión:

“yo siempre me venía con ella a cualquier cosa, inclusive a eso, yo me venía con la otra chiquita y y cuidaba a la mayorcita mientras a ella la atendían y salíamos juntos, siempre anduvimos juntos nunca fue un problema decirle a ella, no andá vos sola, talvez por la forma de ser de uno” (Hombre vasectomizado entrevistado individualmente)

Reforzando esta hipótesis nos encontramos el criterio de varios profesionales entrevistados, quienes al preguntarles por el perfil de los hombres que optan por la vasectomía, proponen como una característica central de los mismos, un mayor involucramiento en la dimensión o dinámica reproductiva (acompañar a su mujer a consulta ginecológica, consulta prenatal e incluso asistir al parto).

Explorando un poco más esta hipótesis, es relevante destacar que, si bien dentro de los grupos focales una de las razones para tomar la decisión de practicarse la vasectomía que se señala con más fuerza fue el deseo de ellos de no querer tener más hijos —bien porque así lo sintieron pues ya tienen los hijos que desean, bien por una situación económica complicada—, resulta interesante observar que varios de los participantes señalaron que la decisión la tomaron

junto con su mujer, tras una conversación y discusión seria: *“una decisión bien tomada en el matrimonio”*. *“...se toma en conjunto, como casarse y formar una familia”*.

En esta misma línea, conviene precisar que si bien es mayor el porcentaje de hombres (respecto de quienes han acompañado a sus parejas a cualquier otro servicio) que afirman haber asistido con su pareja a las consultas de control prenatal (28% de la población total), este grupo solo representa el 56,7% de quienes tienen hijos. Además sólo 5,4% de quienes tienen hijos/as (2 personas de 37) ha presenciado el parto de alguno de ellos(as).

En relación con las “justificaciones” que dan los hombres por no haber asistido a la consulta prenatal, los motivos de trabajo (18,9%) fue el más señalado. No obstante, 5,2% hizo referencia a situaciones relacionadas con estereotipias de género (*“esas son consulta de mujeres”, “a la mujer le toca eso” o por “vergüenza”*), lo cual los aleja completamente de la posición y el grado de involucramiento óptimo que les permita tomar conciencia de su responsabilidad en torno a su propia salud y la de su pareja.

Ahora, partiendo del interés de la presente investigación de indagar acerca de las creencias, conocimientos y actitudes con respecto a la vasectomía como una opción de planificación familiar, en la que no solo se ahorran recursos del estado sino que se expone en menor grado la salud y el cuerpo de la mujer, es de vital importancia señalar que solo 53,3% de la población encuestada ha escuchado hablar sobre la vasectomía e interesadamente ese mismo porcentaje señaló haber oído hablar de ella en la iglesia lo cual supone una exposición a discursos de oposición en relación con este método de planificación familiar. En este sentido es ilustrativo el comentario de un participante del grupo focal de hombres vasectomizados quien señaló que sacerdotes católicos le dijeron que todos los métodos de planificación excepto el ritmo eran abortivos, prohibiéndole planificar a menos que fuera por el método del ritmo.

Otros medios señalados mediante los cuales han oído hablar acerca de la vasectomía fueron, los medios masivos de comunicación (24%), en el lugar de trabajo (16%), familiares vasectomizados (12%), centro de salud (10,7%) y amigos vasectomizados (8%).

En el caso de los participantes en los grupos focales, ellos mencionaron que se enteraron de la vasectomía como una opción real de planificación familiar básicamente a través dos fuentes (aunque algunos mencionaron a familiares en general o algún amigo profesional de la salud): mediante la esposa u otras mujeres y mediante otros hombres vasectomizados.

Ambos medios llaman la atención por cuanto establecen una red social espontánea de información que participa dentro de los procesos de producción social de la salud, lo cual impone la necesidad de proveer suficiente y adecuada

información, ya que si en esa misma red circula información equivocada, se constituye en un obstáculo para el objetivo de los servicios.

Es notable por los comentarios de los asistentes que las mujeres jugaron un papel preponderante para que ellos conocieran la existencia de esta opción. En la mayoría de los casos, la mujer se enteró en el centro de salud, y posteriormente ella le comentó y le llevó la información a su pareja: "*ella me lo planteó, de hecho me dijo, vaya y se hace una cita*". Esto a su vez, plantea nuevamente el importante papel que juegan las mujeres en las prácticas de salud de la familia, dando la impresión de que ejerce una labor de acarreo de información clave entre los centros de salud y las familias, constituyéndose de esta forma en una fuente con un destacable grado de confiabilidad entre sus allegados.

El segundo medio destaca la importancia que tiene para el hombre el tener la posibilidad de hablar y consultar con otro hombre que ya ha vivido la operación. Esto es importante pues hace referencia a la necesidad de los hombres de que *un otro igual a mí* valide el interés que se tiene en algo particular, así como también de que *ese otro que ya pasó por eso* evacue todas las dudas e inquietudes que se puedan tener al respecto, incluyendo el confirmar o negar los mitos y las cosas que se dicen en la calle, algunas de las cuales en el caso de la vasectomía plantean, por una parte cuestionamientos hacia la masculinidad en sentido amplio y por otra, un impacto nocivo en la capacidad de erección de los hombres que se practican la cirugía.

De la población entrevistada, 34 personas en total señalaron no concebir la vasectomía como una opción para su planificación, señalando como principales razones:

- Desea tener hijos (o más hijos en el caso de quienes ya tienen) (16.2% de la población total, 35,3% de quienes no la consideran como una opción)
- Existen otros métodos (8% de la población total, 17,64% de quienes no la consideran como una opción)
- La pareja es operada (6,8% de la población total, 14,7% de quienes no la consideran como una opción)
- No tienen pareja (4,1% de la población total, 8,82% de quienes no la consideran como una opción)
- La planificación es cosa de mujeres (2,7% de la población total, 5,8% de quienes no la consideran como una opción)
- Hace perder la erección y virilidad (2,7% de la población total, 5,8% de quienes no la consideran como una opción)

- Por tabúes en general (2,7% de la población total, 5,8% de quienes no la consideran como una opción)

Las últimas tres razones planteadas por la población encuestada, hacen referencia a las creencias y mitos existentes en la sociedad en general en torno a la vasectomía, los cuales pueden constituirse en temores infundados (desde el conocimiento científico) que dificulte que los hombres tomen en cuenta esta opción como una alternativa válida en la planificación familiar.

A pesar de que la única persona encuestada que estaba vasectomizada no respondió a la pregunta de cuáles fueron los principales temores que enfrentó en el proceso de toma de decisión de realizarse la vasectomía, en los grupos focales fue posible recoger una importante cantidad de información en este respecto.

En general, el mito más difundido sobre la vasectomía, según lo comentado por los participantes de los grupos focales, es el de que la intervención hace *“perder potencia sexual”*, es decir se afecta la capacidad de erección, tal como lo comentó uno de los hombres vasectomizados entrevistado en forma individual,

“como hombre uno lo que piensa es que si lo va a afectar en lo que es sexual porque y efectivamente llevo una vida sexual activa entonces ese era un pequeño temor, verdad, por lo mismo, comentarios que uno oye siempre de la gente, que uno , aunque trata de evitar esos pensamientos negativos, verdad, siempre uno dice, puña vamos a ver como nos va”. (Hombre vasectomizado entrevistado individualmente)

En este sentido, recordemos que la capacidad de la erección y eyaculación, aparecen como mandatos y características intrínsecas del modelo masculino tradicional, es decir, al no tenerlas, la masculinidad podría verse cuestionada profundamente. Como muestra de esta afirmación, un participante vasectomizado comentó en el grupo focal que, existen personas que se burlan de ellos, incluso mujeres, quienes hacen comentarios como *“¡ah!, ¿a usted lo operaron? ¡Ya no sirve!”*.

En forma estrechamente relacionada con esta creencia, se comentó también conocer que algunos hombres piensan que la capacidad de *“preñar”* a una mujer es inherente a su hombría, por lo que si no pueden *“preñar”*, consideran que no se es hombre.

En el grupo de varones esterilizados, se comentó en este respecto que aunque el hombre es quien fecunda a la mujer, *“es un concepto errado creer que porque se esterilizaron ya no son hombres”*. Como lo señaló otro participante: *“alguien que no puede fecundar o mantener una relación con una mujer sigue siendo hombre”*.

Estos comentarios resultan interesantes desde dos perspectivas. En primera instancia pareciera ser que en estos argumentos se encuentra implícita o tácita la validación que los participantes que han sido vasectomizados necesitan hacer de ellos mismos como hombres, en tanto que la operación que se practicaron busca precisamente impedir que puedan fecundar a una mujer. En segundo plano, los comentarios plantean la posibilidad de que se flexibilice la concepción de masculinidad propia del modelo hegemónico.

Es importante observar, por otra parte, a partir del concepto “preñar” que acá se alude al hombre en tanto “semental”, lo cual se ancla, como representación social del hombre y su masculinidad a otra creencia respecto de los hombres que se practican la vasectomía: “*va a ser un buey*”¹³.

De esta manera, esta comparación simbólica arrastra consigo otras creencias que provienen del conocimiento que se tiene de los toros castrados. Así se piensa que un hombre que se practique la vasectomía, se engorda y “*solo sirve para trabajar*” (no se puede reproducir pero tiene mucha fuerza).

Por otra parte, esta creencia asocia implícitamente la vasectomía con la castración. En este mismo sentido, se mencionó además que, popularmente se dice que quien se practica la operación deja de “*tener huevos*”¹⁴, lo cual lo definieron como tener miedo, no animarse a hacer algo, entre otras manifestaciones que constituyen “*lo contrario de ser hombre*”, por lo que quien no tiene huevos no es hombre.

No obstante, en este respecto, como muestra de una heterogeneidad aparente en el discurso de lo masculino, llamó la atención que mientras uno de los participantes indicaba que “*es casi sinónimo ser hombre y tener huevos*”, otro consideró que “*eso no quiere decir que alguien que tenga un accidente o le pase algo y se los corten deja de ser hombre*”.

Si nos detenemos a pensar con mayor profundidad sobre este último argumento que a simple vista pareciera ser una visión menos rígida de lo masculino, es interesante ver que el informante contextualiza su criterio a partir de una situación no voluntaria (un accidente), lo cual podría evidenciar lo difícil que resulta entender, desde la construcción sociocultural e histórica, de la masculinidad, el que un hombre quiera —por deseo y convicción propias— separarse de una de sus funciones constitutivas, “que le da identidad”.

En forma paralela a lo enunciado anteriormente, se puede observar cómo se deslizan estas representaciones, de una en una, hasta llegar a la negación más profunda de la hombría de un varón que propone la sociedad (aunque no tengan ninguna relación mutuamente determinante la identidad sexual y la orientación

¹³ Toro al que se castra para emplearlo como animal de trabajo o de tiro.

¹⁴ Referencia popular a las gónadas masculinas o testículos.

sexual), al señalar uno de los participantes que él ha escuchado opiniones en las que el hombre vasectomizado se considera un “playo”¹⁵.

No obstante, en abierta contradicción con la última creencia popular descrita, algunos miembros de los grupos focales señalaron que, algunas personas creen también que la cirugía hace que los hombres se vuelvan “pinga loca”: querer tener relaciones siempre con muchas mujeres sin ninguna contemplación ni responsabilidad. Relacionado con esto, uno de los participantes señaló que al principio su pareja no quería que se practicara la vasectomía pues creía que se iba a “alborotar sexualmente por no tener riesgo de preñar”.

Respecto a la forma en que perciben dichos rumores que se dicen en la calle, si bien los hombres que han sido vasectomizados señalan que, asociados al temor de perder características de masculinidad, han escuchado también comentarios de algunos hombres tales como “ni muerto me la hago”, los hombres en lista de espera comentaron que todas las creencias y rumores que circulan entre la población, no les importan ni les afectan. Lo que sí temen son los riesgos propios de un procedimiento quirúrgico como las infecciones, que el médico “le corte a uno todo” (esto vuelve a plantear el temor de la castración), o bien que la operación no sea 100% efectiva y segura, en términos de lograr no ser fértiles, que es su meta.

Ahora, aunque de toda la población encuestada solo una persona se había realizado la vasectomía (en servicio privado), es relevante destacar que esta asegura, que fueron varios los motivos que lo llevaron a tomar tal decisión. Además de que no deseaba tener más hijos, de que la situación económica lo ameritaba, de que la pareja se lo pidió y el médico lo recomendó, su pareja había tenido problemas con embarazos y operaciones. De este modo, la vasectomía se ofrecía como una operación más sencilla que la de la mujer.

En una estrecha relación con lo que se viene planteando, las 5 personas encuestadas (2 tienen hijos y 3 no los tienen) que han pensado realizarse la vasectomía (6,7% de toda la población encuestada), señalan como razones que los llevaría a tomar la decisión, ayudar a la pareja (3 personas), porque no quieren tener más hijos (2 personas), porque la operación es más sencilla que la de la mujer, porque la pareja se lo pida o por la situación económica (1 persona cada una).

A su vez, los participantes del grupo focal de hombres vasectomizados mencionaron varias razones que les llevaba a tomar su decisión. Primero señalan que les ayudó el hecho de que tuvieron cierta educación e información que los preparaba para la decisión; y segundo (percibida por el investigador como una de las razones más fuertes), porque al conocer el procedimiento vieron que la vasectomía es una opción más sencilla, menos complicada para el

¹⁵ Referencia popular de aquella persona que posee una orientación de tipo homosexual.

hombre que la operación de esterilización de la mujer, la cual es más compleja, duran más días internadas, pueden tener más complicaciones post-operatorias.

Aunado a estos argumentos, fue mencionado el hecho de que algunas de sus parejas mujeres han tenido complicaciones de salud con los otros métodos de planificación, e incluso que no es conveniente que tengan más hijos. Estas dos razones están unidas por un mismo aspecto, cual es la preocupación del hombre de la salud de su mujer:

- “Yo amo a mi señora” (como motivo de haberse hecho la vasectomía).
- “La señora planificó durante 19 años, ¿por qué no me iba yo a operar? No me perjudica de ninguna manera”.
- “Le toca todo siempre” (en relación con que es siempre la mujer quien tiene que correr con los asuntos de salud, la planificación, los que usualmente los evita el hombre pues piensa que le corresponden a la mujer).

Claro está que, si bien esta preocupación y hasta posición solidaria y comprometida con la salud de las mujeres, plantea una aparente y positiva transición del modelo de masculinidad, resulta interesante hacer notar que, por otra parte, estas posiciones no solo se ajusta a la visión tradicional del hombre como proveedor y como protector sino que en algunos casos también se observa una concepción tradicional de la mujer y sus roles dentro de la familia. Tal como lo comentó uno de los participantes del grupo focal de hombres vasectomizados :

“en mi caso particular fue una decisión tomada con mi esposa. Nos pusimos a ver que de que ya con los hijos que teníamos estábamos excelente; íbamos a tratar de que juntos darles la educación a ellos. Entonces tomamos la decisión de ver las probabilidades. Entonces ella se asesoró en lo que era la operación para ella y yo en la mía, entonces discutimos que era mejor yo, por lo mismo, por más sencillo, porque ella, prácticamente, ella es la del hogar y cuando falta la mujer en la casa es un desorden. Entonces, lógicamente que era más conveniente para mí, y por responsabilidad también. Principalmente, ya yo no quiero tener más hijos, digamos con mi esposa, espero llegar a la vejez con ella”

Desde ese trozo del discurso, se puede comprender la presencia de transiciones junto a las contradicciones en lo que respecta a la cultura patriarcal y el modelo de hombre. Se puede comprender también que se trata acá de una relectura y reinterpretación de los mandatos y no una ruptura con ellos.

El hombre no puede permitir que algo malo le suceda a su pareja, debe cuidarla y protegerla. En este sentido, la vasectomía pasa a constituirse en una “cicatriz” más que muestra su valor masculino de quien lo arriesga todo para proteger a

sus seres amados, lo cual es palpable en el orgullo que se percibe en los hombres que se han practicado la vasectomía.

Los participantes en el grupo focal de hombres vasectomizados, estuvieron de acuerdo en ver a la vasectomía como una buena opción, debido a que es sencilla, rápida, con un proceso de recuperación rápido que solo amerita algunos cuidados básicos. Entre los comentarios hechos por los asistentes están:

- *“Es algo de lo mejor que se ha inventado, que el hombre se opere”*
- *“Es una opción como que la mujer use la T, el diafragma...una opción que está dentro del abanico de posibilidades”*
- *“Me siento tranquilo, feliz, contento”*

Asimismo, uno de los participantes señaló que después de la operación siente que quedó mejor, en términos de su disfrute, capacidad y desempeño en la vida sexual. Por su parte, para otro asistente, la vasectomía es una buena opción con respecto a la utilización del preservativo, el cual, coincidiendo con lo que ya se había señalado, no le gusta pues afirma que no le permite sentir.

En este sentido, amplió un participante, que el mayor beneficio que ha tenido la vasectomía en su vida es *“que uno no tiene aquel temor de que va a quedar embarazada...no se trata de andar en la calle de pinga caliente”*. Esta frase incluye por una parte, una de las principales motivaciones que tienen los hombres vasectomizados, disfrutar de su vida sexual sin la preocupación de un posible embarazo no deseado o no planificado, pero incluye también la defensa frente a una de las creencias que parece estar presente en una parte importante de la población, y por supuesto en sus parejas, el temor de la promiscuidad y la infidelidad como “efecto secundario” de la intervención.

Como se puede observar, los hombres vasectomizados construyen diversos argumentos desde la masculinidad (por ejemplo el privilegio que se le otorga a la satisfacción sexual) para reafirmarse a sí mismos, partiendo de su propia decisión de hacer algo que, socialmente aparece como contrario a la masculinidad, tal como lo veremos más adelante.

Por su parte, conviene señalar que son totalmente consecuentes los argumentos ya enunciados por los hombres vasectomizados, con los argumentos que los participantes del grupo de hombres en lista de espera poseen respecto de la vasectomía. De este modo, entre ellos la vasectomía es vista como *“una buena alternativa de planificación”*, que permite el disfrute de la vida sexual con la pareja, pues permite *“hacerlo libre, sin miedo”*.

Es concebida además, como una operación que va más allá de lo físico y orgánico, y que en algunos casos según la historia de vida, se percibe como algo

necesario. Por ejemplo, por la situación económica del país, resulta difícil obtener más recursos económicos para solventar la llegada de otro hijo o hija, o bien porque otro embarazo implica complicaciones de salud de la esposa o pareja.

Además, desde una perspectiva más amplia, uno de los participantes rescató que la operación, aparte de ser más sencilla y menos peligrosa para el hombre, resulta una medida más barata para el estado.

Otro asistente hizo el comentario de que hay personas que deberían pensarlo bien antes de hacérsela, pero son casos de personas jóvenes, sin hijos y sin matrimonio. En este sentido, se muestra tácitamente la creencia de que la vasectomía es una opción que debe contemplarse como mecanismo para no tener **más** hijos, lo que a su vez enuncia la creencia social de que los hombres y las mujeres “deben”, por lo menos tener un hijo.

Sobre la vasectomía en sí, los varones esterilizados consideraron importante que exista y se difunda información sobre la intervención y sobre los cuidados que hay que tener en la recuperación para evitar complicaciones, haciendo énfasis en que se requiere reposo, descanso y evitar hacer esfuerzos físicos fuertes. Esto por cuanto sienten que hay “*desinformación*” al respecto, lo que puede ayudar a que hayan mitos.

Además, en este mismo sentido, un participante aportó su experiencia comentando haber tenido complicaciones debido a la desinformación, por cuanto por no tenerlo claro, después de la operación inmediatamente se fue a trabajar y realizó fuerza física, teniendo algunas complicaciones de salud.

Esto muestra, de alguna manera, ciertas deficiencias informativas en el servicio que se está prestando. De hecho, en ambos grupos focales algunos participantes manifestaron su insatisfacción con el nivel de información ofrecida por la clínica, en su proceso preparatorio para la vasectomía. Quizás por esto, algunos aprovecharon la sesión para realizar consultas sobre diversos aspectos relacionados con este método quirúrgico. Algunas de las preguntas más relevantes emergidas sobre el tema fueron:

:

- ¿Es malo un varicocele?
- Después de la operación, ¿se eyacula cada vez menos?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios y secuelas de la vasectomía?
- ¿Por qué después de la operación a veces se siente un pequeño malestar o dolor?
- ¿Cuánto tiempo después de la operación se requiere que pase para que el hombre logre ser completamente infértil, para que no pueda embarazar a una mujer?
- ¿Qué sucede con los espermatozoides después de realizada la operación?

El papel de los servicios de salud: obstáculos y soluciones para la ruptura con el modelo hegemónico de masculinidad en la Salud Integral y la Salud Sexual y Reproductiva de los hombres.

Concibiendo a los servicios de salud de la institución como una respuesta estatal para atender las necesidades de las personas, mejorar la calidad de vida de la población y colaborar con la ruptura de aquellos modelos representacionales que afectan la salud integral de los(as) individuos(as), de los hombres en este caso específico, es importante examinar la percepción que tiene esta población meta respecto de los mismos (como facilitadores o como obstaculizadores de los procesos de asunción de la salud por parte de los hombres), así como las propuestas que tienen para fortalecerlos y así asegurar una mayor cobertura y una mejor atención que tome en cuenta sus particularidades poblacionales.

Así, en primera instancia aparecen, como algunas de las razones reportadas por los hombres encuestados acerca de su poca utilización de los servicios de la CCSS, las siguientes:

- Aspectos asociados a la percepción de un mal servicio tales como lentitud y mala atención (6,6% de la población total o 14,7% de quienes no frecuentan los servicios)
- Aspectos relacionados con dificultades personales como por ejemplo el trabajo (4% de la población total o 8,82% de quienes no frecuentan los servicios)

Si bien, en apariencia ambos argumentos responden a obstáculos diversos, los dos plantean un problema de organización y de calidad de los servicios, lo cual debe ser revisado para asegurar un mayor acercamiento de la población masculina a los mismos.

Este planteamiento cobra fuerza al observar que, los principales argumentos de aquellos hombres encuestados que aseguran preferir ir a servicios privados (13,5% de la población total), se relacionan con aspectos de la atención tales como mejor trato y atención, mayor rapidez y agilidad frente a la demanda de atención y mayor accesibilidad (por cercanía).

También es necesario decir que, en ambos grupos focales, se percibe en general respecto del sistema de la Caja Costarricense de Seguro Social, que *“trabaja muy lento”, “funciona mal”*, por lo que hay personas que prefieren pagar una consulta particular en vez de perder toda una mañana o incluso un día para ser atendidos, lo cual representa perder un significativo periodo de su tiempo de trabajo. Incluso uno de los participantes comentó que para él, los EBAIS no han funcionado bien, no han cumplido su rol pues se dividieron los servicios entre el

hospital y el EBASIS, mandando a las personas de un lugar a otro con el argumento de que le corresponde al otro centro de salud¹⁶.

En ambos grupos focales, aparece reiteradamente la incompatibilidad de los horarios de trabajo con los horarios de atención de los servicios de salud como uno de los obstáculos externos más importantes para el acceso a estos.

Esta situación, si bien evidencia una organización de los servicios que no parte de las características de la población masculina ni responde a sus posibilidades y necesidades, también demuestra la rigidez social existente en cuanto al lugar que se le otorga al trabajo dentro de las “características masculinas” que debe poseer todo hombre:

“mi esposa me decía, déjeme ayudarlo a trabajar y yo le decía usted la mejor ayuda que me puede dar es cuidar a mis hijos y es un gran trabajo, o sea, ella trabaja más que yo, más bien, cuidando a mis hijos, entonces económicamente yo soy el proveedor en todo, lo que yo tenga es para todos, pero usted cuídeme mis hijos” (Hombre vasectomizado entrevistado individualmente)

En este sentido conviene señalar que la “responsabilidad” como trabajador y como proveedor, tal y como es concebida social y subjetivamente por la población, no deja espacio para el desarrollo de conductas de autocuidado. Tal como lo mencionan en los grupos focales, el rol laboral y la imposibilidad que perciben (o poseen desde lo real) de estar pidiendo permisos laborales les dificulta e imposibilita acudir a los servicios de salud, a no ser que se presente una situación crítica que se imponga ineludiblemente.

Otro aspecto que destacaron los integrantes del grupo focal de hombres vasectomizados al discutir acerca de la poca utilización de servicios de SSR por parte de los hombres —de hecho solo dos personas de las setenta y cinco encuestadas reportaron haber asistido alguna vez a uno de esos servicios—, es el hecho de que a su criterio no existe información accesible sobre el tema de la SSR (e incluso de la vasectomía como un servicio específico orientado a varones): *“yo siento que con un poco de conocimiento al respecto se pueden sentir más involucrados porque usted se involucra en la medida en que usted conoce y si usted no conoce usted tiende a dejarlo quedito ahí”*.

En general señalaron no conocer la existencia de información para los hombres de tipo preventivo, ni tampoco de campañas educativas en salud dirigidas a los hombres.

¹⁶ Es importante subrayar que esta referencia específica es del Hospital de Turrialba en su relación con el Área de Salud Turrialba-Jiménez, no obstante, muestra el desconocimiento de la forma en cómo están organizados los servicios desde el nuevo Modelo de Atención de la Salud más que a una realidad operativa de mal funcionamiento de los mismos.

Estos comentarios, acerca de la ausencia de campañas de promoción y prevención en salud dirigidas a hombres, llaman la atención también respecto de, no solo los resabios del enfoque materno infantil en las instituciones encargadas de velar por la salud de la población y promover la producción social de la misma, sino la permanencia de una concepción de la población masculina anclada en el modelo sociocultural tradicional.

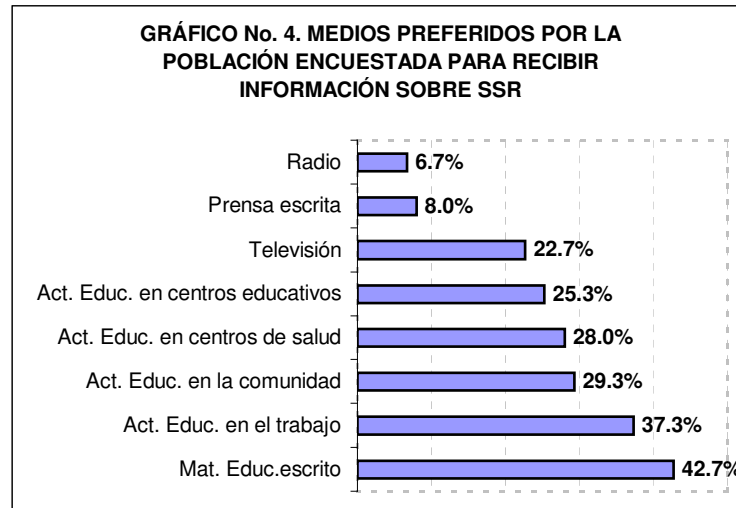
Esto es consecuente con lo manifestado por las dos personas que reportaron en la encuesta haber asistido alguna vez a un servicio de SSR, quienes a pesar de que valoraron positivamente el mismo en los aspectos referidos a horario, ambiente y atención (incluso se mostraron dispuestos a asistir nuevamente si lo requirieran), la opinión se mostró dividida en cuanto a la disposición al público de materiales informativos.

Pareciera ser pues, que la ausencia de información en temas de salud, dirigidas específicamente a hombres, está obstaculizando que más hombres asistan a los servicios y desarrollen conductas de autocuidado de la salud.

“Yo siento que no, que la información es muy poca, entonces el hombre básicamente, porque prácticamente pasa en su trabajo, hay hombres que tienen acceso a un medio de comunicación en un lugar de trabajo y hay otros que no... yo siento que es eso, que pasa uno mucho tiempo en el trabajo, defendiendo un trabajo..hacía tiempo atrás trabajaba 11 o 12 horas y nada más llegaba un ratito a mi casa en la noche, nada más, ni veía tele, entonces es difícil...y al menos así, hay muchísima gente en esa misma situación” (Hombre vasectomizado entrevistado individualmente)

De hecho, los hombres de los grupos focales propusieron que se debía combinar la clínica (la atención directa) con campañas de información aprovechando la amplia cobertura que tienen los medios de comunicación para difundirla. No obstante el testimonio recién consignado, nos plantea el desafío de hacer llegar información incluso a quienes no ven medios de comunicación, lo cual subraya la necesidad de captar a los hombres en su medio laboral.

Al indagar cuales serían los medios preferidos para recibir información sobre SSR, el medio escrito fue el más reportado por la población encuestada (42,7%), actividades en el trabajo (37,3%), actividades en la comunidad (29,3%), actividades en centros de salud (28%), actividades en centros educativos (25,3%) y la televisión (22,7%).



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a usuarios de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

En este mismo sentido, es interesante observar que los participantes de los grupos focales consideraron que, desde el hecho de que las mujeres acceden más que los hombres a los centros de salud, ellas son un buen medio para hacer llegar información y por lo tanto, para alentar y conseguir que los hombres se acerquen más a los centros de salud.

Esto establece la posibilidad de visualizar una estrategia de multiplicación que contempla, además de las mujeres, a otros hombres que por su identificación masculina (tal como se pudo observar en la práctica de los hombres que deseaban vasectomizarse de buscar hombres que ya hubieran pasado por esa experiencia para compartir las dudas e interrogantes) puedan participar en procesos de educación de pares.

También consideraron de vital importancia, ofrecer espacios de educación de la salud y específicamente en SSR. En ambos grupos focales mencionaron que les agradó bastante la forma en como se desarrolló la sesión de grupo focal, por lo que señalaron que dicha forma la consideraron adecuada para recibir o transmitir información. En este sentido, es posible rescatar el interés de los hombres por contar con espacios grupales en donde puedan, desde una metodología participativa, compartir sus opiniones, inquietudes, temores, interrogantes, etc., así como recibir información científicamente relevante.

Si bien estos espacios consideraron debían existir principalmente en las clínicas, plantearon la posibilidad de que se utilizaran también centros educativos para generar estos espacios. La clave aquí es el horario de dichas actividades, por cuanto debería responder a las posibilidades de los hombres (noches). Por otra parte, plantearon que sería ideal contar con espacios de educación para la salud en los lugares de trabajo, lo cual les facilitaría su acceso.

Recomendaron también utilizar volantes o folletos que sintetizan la información, los cuales estén al acceso del público en general en los centros de salud para hacerlos llegar por medio de las mujeres (la cual en este momento va más frecuentemente a dichos establecimientos). También recomendaron que se distribuyera este tipo de material en lugares muy frecuentados por hombres (bares, pooles, estadios, etc.), e impartir charlas de prevención, principalmente en los lugares de trabajo.

Complementariamente, mencionaron que les resulta indiferente si dicha información se las brinda un hombre, una mujer o una pareja de trabajo (hombre y mujer). Sin embargo, es importante recordar aquí que en un punto anterior mencionaron haber consultado y evacuado dudas con otros hombres que se habían practicado la vasectomía, por lo que se debe revisar con detalle esta afirmación de que les es indiferente comunicarse con un hombre o una mujer. De hecho uno de los asistentes recomendó “aprovecharlos” a ellos mismos (usuarios) como multiplicadores de información, como una forma de contactar otros hombres que estén interesados en el tema.

Las principales necesidades mencionadas por los participantes, las cuales deben ser, a su criterio, los objetivos centrales de los materiales educativo-informativos, en las actividades educativas y en los servicios de atención directa fueron:

- a. la salud ocupacional y familiar;
- b. la prevención en salud en general;
- c. la importancia de las actividades recreativas;
- d. diversos aspectos de la SSR tales como la próstata y el por qué de un control periódico después de los 40 años;
- e. la importancia y necesidad del hábito del chequeo médico permanente.

Es interesante observar que según los participantes, debería existir una línea de comunicación y promoción acerca del examen de próstata, por ejemplo, tal como existe una orientada a las mujeres en aspectos tales como con el auto examen de mamas, el papanicolau, entre otras.

Con respecto a la organización de los servicios, en general, dio la impresión que los asistentes a los dos grupos focales no tenían muy claro qué características debía tener el servicio o qué estrategias debían utilizarse para lograr acercar a los hombres a los centros de salud.

Como propuestas generales para mejorar el acceso y afluencia de hombres a los servicios de salud, se mencionó buscar horarios más convenientes para que los hombres asistan, por ejemplo ampliar el horario de atención a horas de la noche, llevar panfletos con información sobre salud y los servicios de salud a lugares donde llegan muchos hombres, e invitarlos a que acudan a los centros de salud,

también mencionaron que en el lugar se hicieran monitoreos generales para conocer el estado de salud de los hombres.

En cuanto a si el servicio debía ser específico para la población masculina, algunos señalaron que en su criterio debería organizarse de esa forma (incluso los participantes del grupo de hombres vasectomizados mencionaron preferir un servicio discreto para los hombres, en términos de que no asistan muchas mujeres), mientras que otros mencionaron que no les agradaría una clínica propia solo para hombres sino que más bien preferirían “*algo más integral*”.

En lo que si hubo acuerdo es que en este lugar se debería contar con consejería y asesoramiento profesional para preparar a las personas, para darles consejos. Sobre el personal consideraron que debe ser bien calificado, con diversos especialistas (en varios campos y disciplinas), siendo indispensable un urólogo.

Finalmente, respecto de las preferencias de la población encuestada en cuanto al sexo de quien lo atiende en los servicios de salud, sólo 4% indicó su preferencia por un hombre, 5,3% señaló que eso dependía del motivo de consulta y 40% manifestó que eso le resultaba indiferente (50,7% no respondió). Ahora, a pesar de que la mayor parte de la población se concentró en que eso era indiferente, es interesante observar que nadie planteó preferir que lo atendiera una mujer, y por otra parte quienes señalaron que eso dependía del motivo de consulta, señalaron que había más confianza con un hombre o que si se trataba de algo relacionado con los genitales era mejor con un hombre.

También en los grupos focales hubo diferencias en cuanto al sexo preferido del prestador del servicio. Mientras en el grupo focal de hombres vasectomizados la mayoría de participantes consideró pertinente que el personal sea masculino, pues en general señalan que los hombres tienen más confianza con un profesional hombre o como amplió un participante, a dicho servicio pueden llegar a consulta hombres muy humildes que pueden cohibirse o que les da pena que los atienda y examine una mujer, la mayoría de los participantes del grupo focal de hombres en lista de espera comentaron no tener muchos problemas si hubiera profesionales mujeres.

Esta diferencia podría comprenderse desde el hecho de que mientras los hombres vasectomizados ya han atravesado por los exámenes preliminares y la intervención quirúrgica la cual obliga a los prestadores a manipular los genitales del usuario quien, incluso debe desnudarse, muchos de los hombres en lista de espera no han sido examinados en su zona genital.

En general podría sintetizarse desde los datos recogidos en la población de usuarios, que para que los servicios respondan a las necesidades de los hombres y posibiliten su acercamiento deben tomarse en cuenta los siguientes elementos:

- Ampliar el diseño y distribución de materiales educativos e informativos sobre temas de interés para la población masculina.
- Diseñar y desarrollar una campaña en medios masivos de comunicación de promoción y prevención en salud dirigida a hombres.
- Realizar una inserción estratégica en espacios frecuentados por los hombres (estadios, bares, etc.) para proveerles información sobre su salud. En este sentido sería importante posibilitar acciones de promoción y prevención de la salud en los espacios laborales.
- Poner énfasis en actividades educativo-formativas con metodología participativa sobre temas de interés para los hombres. Estas deben respetar las posibilidades (por ejemplo horarios o acceso) que ellos tienen para asistir.
- Promover y fortalecer redes comunitarias de multiplicación de la salud a través de la estrategia de “educación de pares”. Esto debe contemplar la sensibilización y capacitación de los hombres multiplicadores.
- Organizar los servicios partiendo de las características y necesidades de la población masculina. En este sentido además de amplificar la oferta en cuanto a horarios, mejorar la eficiencia para dar citas y atender, contemplar un grupo interdisciplinario de profesionales que brinden atención, deben ubicarse profesionales hombres en aquellos tópicos relacionados con la SSR.

Prestadores y prestadoras de los servicios de salud

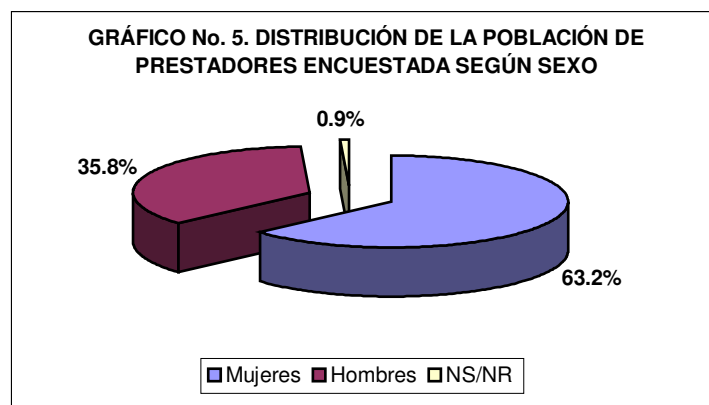
Con la población de prestadores y prestadoras de los servicios de salud, se realizaron tres entrevistas con autoridades y funcionarios técnicos del nivel central de los programas de Salud de la Mujer y Salud del Adulto, tres entrevistas con funcionarios(as) de la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, una sesión de grupo focal con personal (enfermería, medicina, registros médicos, ATAP, entre otros) de los EBAIS y de la Clínica Integrada y una pequeña encuesta realizada en todos los EBAIS del Área de Salud.

Los prestadores y las prestadoras de servicios de salud participantes en el proceso

Por su cuenta, los(as) prestadores(as) que, comprometidos(as) con el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se le ofrecen a la población masculina, participaron también en las distintas estrategias de recopilación de información para el diagnóstico, ascendieron a 121 personas (sin

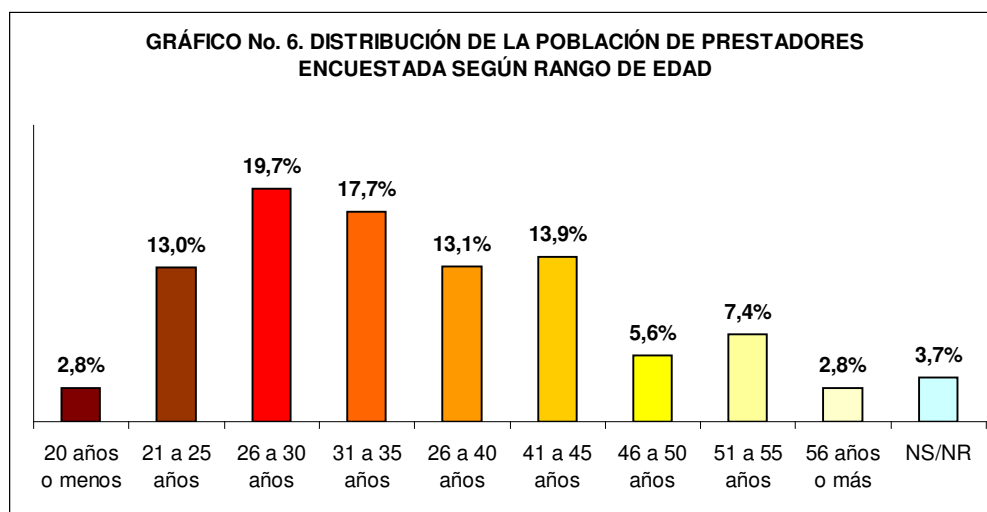
contar acá a las 10 personas —autoridades técnicas institucionales y actores claves— que fueron entrevistadas a lo largo del proceso).

Mientras en el grupo focal participaron 14 funcionarios del Área de Salud (3 hombres y 11 mujeres), los cuales desempeñaban diversas funciones dentro de los EBAIS y dentro de la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, tales como ATAP, médicos de EBAIS, funcionarios de registros médicos, auxiliares de enfermería y secretarias; la muestra alcanzada por la encuesta estuvo compuesta por 107 funcionarios(as), 40 hombres y 66 mujeres (una persona no respondió).



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a prestadores(as) de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

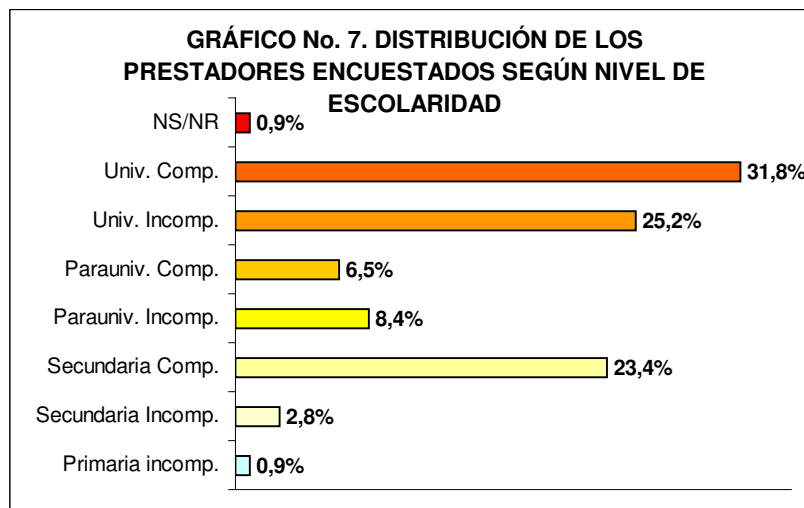
La población de prestadores encuestada se encontraba en edades entre los 19 y los 61 años, siendo el rango de 26 a 30 años la moda, es decir donde se concentró el porcentaje más alto de población (19,7%), tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a prestadores(as) de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

En cuanto al nivel educativo de la población, encontramos que 57% de la población señaló tener estudios universitarios (25.2% se encontraban en el nivel de universitaria incompleta y 31.8% con universitaria completa). Con estudios parauniversitarios encontramos 14.9% de los prestadores(as) encuestados(as) (8.4% con estudios incompletos y 6.5% con estudios parauniversitarios completos).

En relación con aquellos(as) prestadores que tenían un nivel de estudios de secundaria o menos, encontramos un 23.4% con secundaria completa, 2.8% con secundaria incompleta, y tan solo 0.9% (1 persona) con primaria incompleta.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a prestadores(as) de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

Poco más de la mitad de la población, indicó estar casado o en unión libre (56,1% casado y 5,6% en unión libre), mientras que 28% señaló estar en soltería, 3,7% separados, 5,6% divorciados, 0,9% en estado de viudez.

De estos últimos (solteros, separados, divorciados y viudos) 36,58% (15 personas —14 solteros y 1 divorciado—) aseguró tener pareja estable.

De toda la población, 67,3% manifestó tener al menos un(a) hijo(a) (4 solteros, 55 casados, 3 separados, 4 divorciados, 5 en unión libre, 1 viudo). De este grupo 23 personas (21,5% de la población total) reportaron tener un hijo, 21 (19,6%) reportaron tener 2 hijos, 17 (15,9%) tres hijos, 9 (8,4%) cuatro hijos y 1 (0,9%) seis hijos.

Es interesante observar, partiendo de la población que tiene hijos, que más de la mitad de este grupo (61,68%) solo reportó tener uno o dos hijos, lo cual, al igual que en la población de usuarios, sugiere que la tendencia social a la disminución en el tamaño de la familia alcanza diversos sectores sociales y que esta tendencia se hace más evidente en las poblaciones que poseen un mayor grado de escolaridad e incluso, una mejor situación económica.

De hecho, esto se confirma al observar que de las 23 personas que afirmó desear más hijos, 19 tienen uno o dos hijos(lo cual corresponde en números relativos al 82,6% de esa población). Por su parte 82,3% de quienes no tienen hijos, afirman que desean tenerlos.

En cuanto a las funciones que desempeñaba la población encuestada dentro de los servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez, casi la cuarta parte correspondía a ATAP (24.3%), las otras tres funciones que presentaron una mayor frecuencia fueron Encargados(as) de Registros Médicos (16.8%), Auxiliares de Enfermería (14%) y Médicos(as) asistentes generales de los EBAIS (12.1%). En el siguiente cuadro se presenta la distribución completa de funciones reportadas por los(as) prestadores(as) encuestados(as).

CUADRO No. 2. FUNCIÓN QUE DESEMPEÑAN LOS PRESTADORES Y LAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ENCUESTADOS(AS)

FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA	CANTIDAD PERSONAS	PORCENTAJE POBLACIÓN TOTAL
ATAP	26	24.3
Encargado(a) de Registros Médicos	18	16.8
Auxiliar de enfermería	15	14
Médico(a) asistente general (EBAIS)	13	12.1
Técnico(a) de farmacia	7	6.5
Otro no especificado	5	4.7
Oficinista / Secretario(a)	4	3.7
Enfermero(a)	3	2.8
Médico(a) asistente especialista	3	2.8
Trabajador(a) Social	3	2.8
Técnico(a) de laboratorio	2	1.9
Microbiólogo(a)	2	1.9
Farmacéutico	1	0.9
Administrativo	1	0.9
NS/NR	4	3.7

Fuente: Elaboración propia. Encuesta a prestadores(as) de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

El significado de “ser hombre”: entre “lo que se dice que se dice” y “lo que se piensa”.

Buscando explorar lo que para los y las prestadores(as) de servicios de salud significa “ser hombre”, es importante señalar que desde el inicio de la sesión del grupo focal, los y las participantes procuraron establecer la diferencia entre lo que se dice —“*lo popular*”—, lo que se dice en otros ámbitos y lo que ellos y ellas piensan. Actitud que podría ser interpretada desde la necesidad de aparecer frente a los investigadores, como un grupo poblacional de avanzada,

que no posee ya concepciones tradicionales propias de la ideología patriarcal y que puedan ser consideradas como machistas.

No obstante, lo más interesante de todo es que a pesar de esta intención implícita, los y las participantes no pudieron mostrar en forma clara y contundente la diferencia fundamental entre ambos grupos, aún más, los y las participantes lograron discurrir acerca de lo que ellos y ellas catalogaban de “popular”, pero poco pudieron decir de su forma “*diferente*” de ver y entender la masculinidad.

De esta manera, los y las prestadores(as) señalaron que en “*lo popular*” se dice que el hombre es un sostén en el nivel familiar y social, considerándosele como una figura fuerte dentro del sistema social, es “*cabeza de hogar*” pues es quien mantiene a la familia y a la casa y “*lleva la carga de todo*”.

Tal como ya se ha señalado, sobre los otros ámbitos “no populares”, los participantes no lograron profundizar y detallar; no obstante, mencionaron que ellos y ellas ven al hombre además como un “*ente reproductor*”¹⁷ que participa igualmente —comprometiéndose o no, involucrándose o no— en la dinámica reproductiva de la mujer y la familia.

Por otra parte, la mayoría de participantes señalaron que, si bien el hombre y la mujer “*son iguales*” y esta concepción ha venido manifestándose paulatinamente en la reducción de la diferencia en “*el trato*” y las oportunidades que tienen ambos, todavía no se ha generado un contexto suficientemente equitativo que asegure y haga operativa y concreta la igualdad entre ambos sexos.

En esta misma línea, sí bien estuvieron de acuerdo en que ha habido algunos cambios respecto del significado de ser hombre, una participante señaló que tales cambios han sido mínimos, fundamentalmente debido a que la crianza de mujeres y hombres, se realiza aún desde las diferencias de género.

Enseguida se comprende que los y las participantes del grupo focal, hayan destacado que independientemente de que hombres y mujeres tengan las mismas cualidades, estas son priorizadas y promovidas diferencialmente para la formación de cada sexo, lo cual está ligado también al hecho de que la sociedad establece cuál es la figura y el papel que juegan en ella el hombre y la mujer.

Los principales cambios que han observado y señalado las y los participantes, se han producido, en su criterio, en dos ámbitos fundamentalmente:

1. El trabajo, donde hombres y mujeres laboran y comparten funciones, pues ahora las mujeres han incursionado más en profesiones tradicionalmente desempeñadas por hombres.

¹⁷ Reproductor lo utilizan aquí en relación con la dinámica reproductiva de generar progenie.

2. El hogar, pues *“ahora el hombre ayuda más en las labores del hogar”*, comparte funciones con la mujer, encargándose ambos de criar a los hijos, de los deberes del hogar

Es relevante hacer notar que, aunque en el grupo se habla de cambios orientados a la igualdad entre los sexos, se observa en sus mismos discursos el apego a la ideología patriarcal y los modelos hegemónicos de las identidades masculinas y femeninas. Así por ejemplo al decir *“ahora el hombre ayuda más en las labores del hogar”*, se sugiere que las labores de la casa son competencia de la mujer y el hombre lo que hace, es ayudar en estas tareas.

Profundizando en la percepción que poseen los y las participantes respecto de los cambios, se interrogó al grupo respecto de los factores desencadenantes y facilitadores de los mismos. Los y las participantes consideraron, en general, que estos cambios se deben entre otras cosas a factores tales como un mayor nivel educativo en la población, paralelo a mayores necesidades económicas de los hogares, lo que ha redundado en la necesidad de que tanto esposo como esposa laboren para tener un mejor ingreso económico.

De hecho, según los comentarios de los y las participantes, si antaño el hombre era visto asumiendo tareas del hogar, se interpretaba en el medio que la mujer *“lo mangoneaba”* y se decía popularmente que a ese hombre *“le canta la gallina”*, situación que, expresaron, no sucede ahora.

Relacionado con este punto, algunos y algunas participantes mencionaron que, en lo referente al rol que desempeñan y la forma de pensar y actuar de los hombres, existe una diferencia palpable en la visión de su generación con respecto a la de la generación anterior.

Lo interesante en este punto, y en forma totalmente concordante con lo encontrado en los usuarios, los y las participantes aseguran que estas transformaciones se originan en y por *“la misma mujer”*, en la forma en que crió a sus hijos y en el modo en que *“ha ido estableciendo límites al hombre, buscando su lugar”*.

En consecuencia, pareciera ser que desde la perspectiva de los participantes, el hombre se ha visto obligado a transformarse, pues desde la lógica relacional, solo así podría relacionarse y responder a las demandas y expectativas de las mujeres que han evolucionado en su conciencia de género.

Asimismo, indicaron que los cambios han surgido también como efecto de las presiones político-económicas y las políticas sociales que se han venido impulsando desde los gobiernos, lo cual ha ido provocando la reestructuración de las relaciones al interior y fuera de las familias.

Es importante señalar que, aunque para las y los participantes fue relativamente fácil hablar de que existen diferencias entre hombres y mujeres, mencionándose incluso los aspectos físicos y anatómicos como parte de estas diferencias, y de los cambios que han venido dándose en la construcción sociohistórica de los géneros, por el contrario, se pudo percibir una gran dificultad, en mujeres y en hombres, para definir lo que es “ser hombre”, aún partiendo de la definición de lo que “es una mujer”, la cual definitivamente parecen tener mucho más clara.

En este sentido, se exploró el grado de conocimiento que poseían los(as) prestadores(as) participantes en el grupo focal, acerca de los temas de género y de masculinidad. Desde esta exploración, resultó evidente que existe un desconocimiento general sobre ambas temáticas en esta población, pues pocos de los y las participantes (cuatro) señalaron haber asistido a charlas sobre género, mientras que ninguno había recibido capacitación alguna sobre masculinidad. Incluso algunos manifestaron que ni siquiera conocían en qué consiste el enfoque de género. Esta situación también fue reconocida por las autoridades técnicas que si bien tenían mayor conocimiento sobre el enfoque de género y feminidad, no habían tenido contacto con capacitaciones, teorías o estudios sobre masculinidad.

Sobre lo que conocían referente al género, se mencionó en el grupo como aspecto mejor identificado que la sociedad dicta los patrones de conducta de niños y niñas. Así por ejemplo, tal como lo señaló una participante, “*parece que desde pequeñas a las mujeres se les enseña a hablar, a compartir más, a conocerse más que a los hombres*”.

A partir de la discusión de este punto, los y las participantes consideraron de vital importancia recibir capacitación sobre el tema de masculinidad, pues a su criterio les resultaría muy útil en su trabajo, en la atención y ayuda que le brindan a hombres e incluso a mujeres, por cuanto les permitiría, a su modo de ver, ayudar a las féminas para “*comprender al marido*”. Esto vuelve a mostrar los todavía muy fuertes resabios de la ideología patriarcal, desde la cual la mujer se debe al hombre tanto que debe ser ella quien le comprenda a él.

En el caso de los hombres, los y las prestadores(as) señalaron, que una capacitación sobre masculinidad les sería muy útil para trabajar con los que van a esterilización, pues podrían “*revisar y analizar los mitos que llevan*” así como que les permitirían comprenderlos mejor. Lo interesante acá es que, no aparece por ninguna parte, la posibilidad de colaborar con la población masculina en procesos de reflexión, sensibilización y concienciación sobre su condición de género y la necesidad de cambiar positivamente para mejorar su relación consigo mismo, con las mujeres y con otros hombres.

En otro orden de cosas, siempre desde la masculinidad, los y las participantes del grupo focal se mostraron de acuerdo con la afirmación de que en general “*el hombre vive mal su salud sexual y reproductiva*”. Esto a su criterio, se traduce en

la práctica de varias maneras. Primero, la gran mayoría de hombres piensa que la SSR es responsabilidad exclusiva de las mujeres, endosándoles la responsabilidad absoluta de protegerse y evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como de planificar y controlar adecuadamente los embarazos.

Sumado a lo anterior, encontramos en criterio de los y las participantes, que en lo sexual el hombre “*es muy machista*”, lo cual se manifiesta en una incapacidad para ser fiel, para protegerse, para asumir la responsabilidad de su salud y la de su pareja. De esta forma, en la opinión de los(as) prestadores(as) de servicios de salud, parece que los hombres no han logrado avances importantes con respecto a cómo viven y asumen su SSR.

Sin embargo, y en forma un tanto contradictoria, algunas participantes destacaron que los hombres tienen más posibilidad de hablar de “*sexo*” desde edades tempranas, no obstante pareciera que esto no ha ayudado a que vivan su SSR de forma mucho más sana. Así por ejemplo, se mencionó que algunos hombres sufren presión y estrés por algunas características físicas como el tamaño del pene. Además mencionaron que al ser considerado (desde el medio sociocultural y desde sí mismo) la cabecera o el que está al mando en los distintos escenarios vinculares en los que se desarrolla, “*se deben sentir responsables si algo sexualmente malo ocurre en la pareja*”.

También se comentó que en Turrialba mientras que a las adolescentes mujeres sí les gusta utilizar condón, a los adolescentes hombres no les gusta usarlo pues argumentan que “*es muy feo, pica, no se siente igual*”, lo cual, los asistentes de atención primaria participante consideraron un argumento falso, afirmando que sí se siente igual con el condón, y que sólo a algunas mujeres les produce irritación.

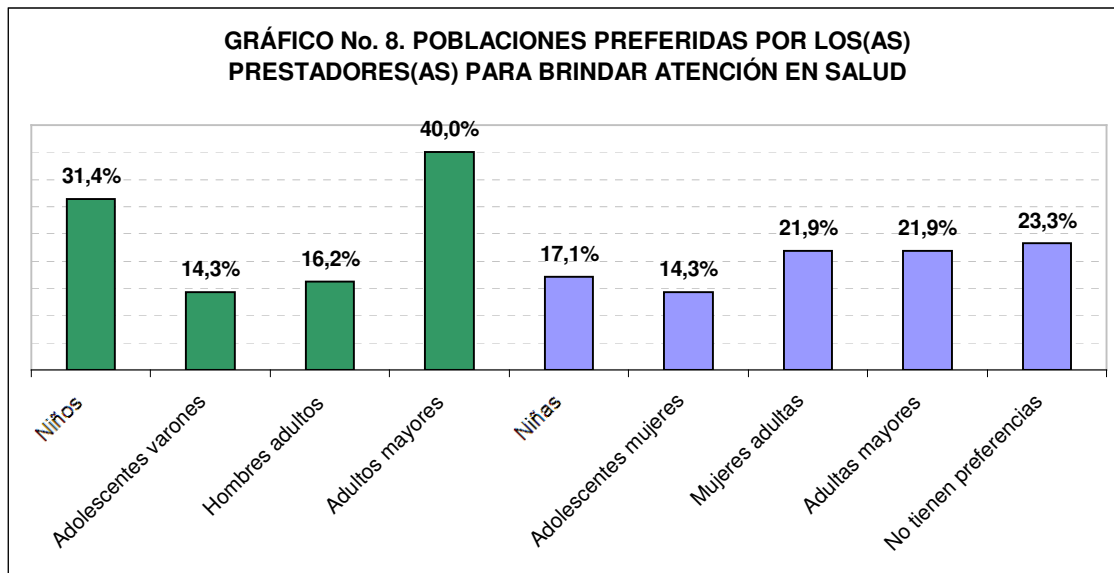
Se comentó también que, la antigua educación brindada en la familia, caracterizada fundamentalmente por su exacerbado “*machismo*”, ha hecho que todavía al hombre no le guste hablar de sí mismo ni de su salud, por cuanto “*no se les cría para preguntar*” y les produce “*vergüenza*”.

En este sentido, aunque algunas participantes habían señalado que los hombres tienen más oportunidad de hablar de sexo (lo cual podría ser contrario a lo planteado recién), es posible que esas pláticas se realicen —tal como lo señalaron los y las participantes del grupo— con fuentes informales y no con personas que les orienten de buena forma, aspectos todos que devienen en los problemas que enfrentan los varones en su vivencia de la SSR.

La atención de la salud de la población masculina: una mirada desde los prestadores y las prestadoras de servicios de salud.

Para iniciar este subapartado, es importante señalar, que de todos los(as) prestadores(as) encuestados(as), 61.9% (65 personas), afirmaron desarrollar acciones en las que participaba población masculina. De estas personas, 6.15% reportaron participación masculina en el desarrollo de trabajo con grupos de adolescentes, 20% en el desarrollo de charlas educativas, igual porcentaje en el trabajo con adultos mayores (individual y grupal), 40% en la atención directa de pacientes y 6.15% mencionó a su propios compañeros de trabajo dentro de esa participación.

Es interesante observar, no obstante, que al interrogar a la población de prestadores(as) en cuanto al grupo poblacional que prefiere atender, los grupos más mencionados fueron adultos mayores, niños varones, adultas mayores y mujeres adultas, tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a prestadores(as) de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

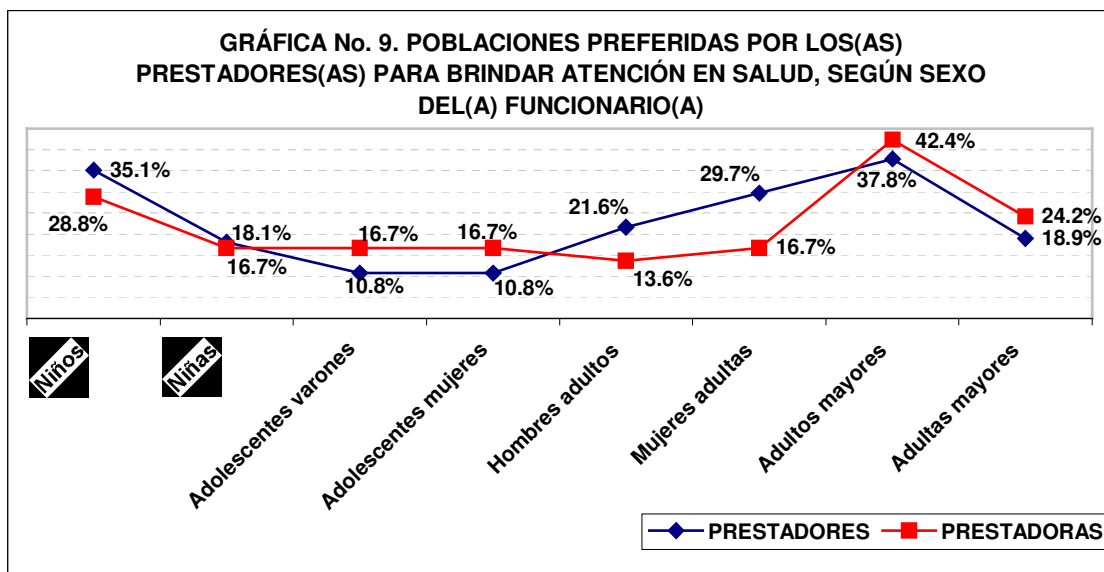
Se torna relevante hacer notar, que los adolescentes varones y los hombres adultos se encuentran dentro de los grupos poblacionales que fueron menos mencionados por la población encuestada como grupos que prefieren atender.

Esto podría estar mostrando algunas barreras actitudinales para la atención de hombres en edad productiva y reproductiva, barreras que reifican mitos y estereotipos propios del modelo hegemónico de masculinidad y de la ideología patriarcal, aspecto que se constituye en un desafío para el sistema de salud si se

desea atraer a los hombres a los servicios para brindarles una atención integral en salud.

Reforzando los anteriores planteamientos, es interesante destacar que al comparar las razones por las que los prestadores y las prestadoras prefieren atender mayormente las poblaciones ya señaladas, es de suma importancia notar que, mientras en todos los grupos poblacionales, la percepción de que es “la población que necesita más ayuda” es la que tiene más peso en su predilección, en los y las prestadores(as) que reportaron preferir trabajar con la población de hombres adultos, esta razón ni siquiera aparece entre las que esgrimen, lo cual podría demostrar que en los prestadores y en las prestadoras, existe un importante grado de coherencia con la representación social de los hombres como aquellos que se enferman poco o necesitan menos ayuda o atención de su salud.

Ahora, al realizar un análisis diferencial según el sexo del funcionario de salud (tal como puede apreciarse en el siguiente gráfico), es interesante notar que son las mujeres las que muestran una menor disposición a trabajar con hombres adultos, lo cual debe profundizarse para buscar una forma de abordar esta situación, y no afectar el servicio que se le brinda a la población masculina.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a prestadores(as) de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

Por otra parte, esta situación enunciada anteriormente, resulta preocupante desde la promoción de servicios de salud orientados a atender la SSR de la población masculina, por cuanto tal como se mostró, las poblaciones “menos preferidas” (por denominarlas de alguna forma) se encuentran dentro del rango etáreo en donde se tiene una vida sexual mucho más activa —con los consecuentes riesgos que eso implica si no se toman las medidas del caso— y

por tanto se constituye en un grupo poblacional al cual deben orientarse con especial prioridad servicios que integren la prevención y el cuidado de la SSR.

En adición, buscando valorar las características percibidas por los(as) prestadores(as) del servicio respecto de la población masculina, que podrían dificultar la disposición de los(as) funcionarios(as) a atenderlos, resulta relevante mencionar, que 65.7% no respondió o respondió que ninguna. Las características que más mencionaron los(as) prestadores(as) como molestas para la realización de su labor fueron:

- El vocabulario, señalado por 11.4% de la población encuestada
- Sus actitudes machistas, mencionado por 8.6% de los(as) encuestados(as)
- Su renuencia al servicio, apuntado por 5.8% del grupo encuestado
- Su poca colaboración, señalada por 4.8% de los(as) prestadores(as) encuestados(as)

Otras características mencionadas con frecuencias inferiores al 1% fueron: “coqueteo”, “no entienden lo que se les explica”, “desconocimiento del sistema de salud” y “la higiene”.

Al revisar cuales características de las mencionadas por el grupo total, tienen mayor peso en la poca disposición de aquellos prestadores que no señalaron al grupo poblacional de hombres adultos como grupo preferido para brindarle atención, resulta interesante observar que aunque 37.7% de quienes no prefieren trabajar con hombres adultos dijo que no existía ninguna característica de esa población que les molestara y 24.6% no respondió a la pregunta, todas las personas que mencionaron como característica molesta la renuencia de los hombres al servicio formaban parte del grupo que no señaló a los hombres adultos como una población con la que les gusta trabajar.

Esto resulta fundamental, por cuanto es una de las características de la población masculina más arraigado en su identidad masculina desde el modelo hegemónico, lo cual debe constituirse en un desafío para los(as) prestadores(as) y no en una consideración que aumente las barreras de acceso desde los servicios. De hecho solo una de las personas incluidas en el grupo que apuntó esta característica hizo la relación con la situación laboral de esta población.

Toda esta situación se confirma, cuando revisamos las respuestas de la población encuestada ante la pregunta “¿Cuáles son las principales dificultades que usted ha enfrentado en el contacto con hombres dentro de los servicios de salud?”. En forma absolutamente coincidente, mientras 14.7% no respondió a la pregunta y 35.3% señaló que ninguna, 19.5% manifestó como dificultad principal, la poca asistencia de la población a los servicios y su renuencia a la atención¹⁸.

¹⁸ De este grupo, 40% relacionaron esta dificultad con la situación laboral de los varones.

Es interesante que lo apuntado por los resultados de la encuesta, se confirma con lo acontecido en el grupo focal, por cuanto los y las participantes del mismo, consideraron que no se están atendiendo las necesidades de salud de los hombres pues estos casi nunca van a los servicios de salud.

Lo interesante acá es que, a diferencia de lo emergido en la encuesta, en el grupo focal, los y las participantes reflexionaron con mayor profundidad sobre los factores propiciantes de esta situación. En esta línea, quizá uno de los argumentos que tuvo mayor peso en sus intentos por explicarse este fenómeno fue el que “*no se le enseñó*” en el sentido de que al hombre no se le ha educado ni insistido en la importancia del control periódico. Esto muestra no solo un problema cultural sino además un deficiencia del sistema de salud referida a la promoción y prevención en salud.

Otro aspecto planteado dentro del grupo focal como uno de los elementos que creen puede estar afectando en esta situación, es el pensamiento de muchos hombres, quienes al creerse el “*sexo fuerte*” no les gusta admitir que se enferman y que necesitan visitar al médico, lo cual apunta a la construcción sociohistórica de las identidades masculinas.

Adicionalmente, según los y las prestadores(as) participantes del grupo focal, en esta situación pueden estar influyendo también algunas fallas en la organización de los servicios de salud. Así por ejemplo mencionaron que, los horarios de atención no están programados necesariamente para atender a quienes trabajan fuera del hogar, a lo que se une que a los mismos hombres no le gusta pedir permiso en el trabajo, y que el pensamiento tradicional del empleador no es tan abierto y comprensivo como para darle tales posibilidades (permisos) a los hombres, mientras sí es comúnmente más abierto con las mujeres según comentaron.

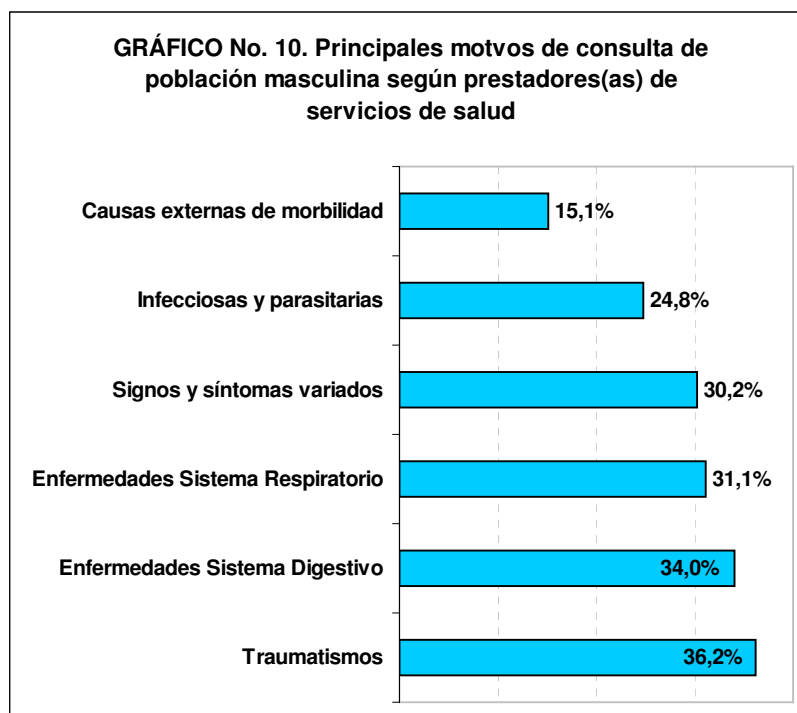
Entonces, frente a esta situación se vislumbra como una necesidad, realizar una sensibilización al personal de salud —que trascienda lo informativo— para que comprendan que las características provienen de mandatos sociales dirigidos a la construcción de la identidad de género y no necesariamente a un problema de los hombres, como si se tratara de una actitud intencional y razonada de ellos como individuos “difíciles”.

En suma, todo parece indicar que estos procesos de sensibilización y concienciación deberían trascender los niveles técnicos por cuanto, tal como lo señalaron los y las prestadores(as) del grupo focal, resulta bastante probable que a la institución no le interese generar servicios específicos para hombres, por los problemas y dificultades de atraer a los hombres percibidos por los(as) mismos(as) prestadores(as), pues además los perciben como incumplidos con las citas, con poca disposición para llevar un control más disciplinado (tal como lo hace las mujeres), lo que implicaría un gasto de dinero y de tiempo del personal asignado.

Otras dificultades con las que “deben lidiar” los y las prestadores(as) de servicios, mencionadas por los(as) funcionarios(as) encuestados(as) fueron en orden de frecuencia:

- Actitudes machistas de los hombres (6.9%)
- Renuentes a la aplicación de vacunas (5.9%)
- Son muy irritables (4.9%)
- Son impacientes (4.9%)
- No cumplen con el tratamiento ni las recomendaciones (2.9%)
- Renuentes a consultas sexuales/genitales (2.9%)
- Su vocabulario (1%)
- No ponen atención (1%)

Por su parte, desde la experiencia de los prestadores y prestadoras de servicios, los motivos de consulta más frecuentes de la población masculina son los traumatismos (señalados por 36.2% de la población encuestada), enfermedades del sistema digestivo (mencionadas por 34% de los/as prestadores/as), enfermedades del sistema respiratorio (señaladas por 31.1% de la población de prestadores/as), signos y síntomas variados tales como cefalea, dolor de pecho o abdominal, náuseas, vómito, entre otras (mencionadas por 30.2% de la población encuestada), enfermedades infecciosas y parasitarias (apuntadas por 24.8% de los/as prestadores/as) y causas externas de morbilidad (anotadas por 15.1% de la población encuestada). Las otras causas son mencionadas por menos del 15% de la población.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a prestadores(as) de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

Al interrogar a la población encuestada acerca de las actividades que desarrolla en forma rutinaria al tener contacto con hombres en el servicio, es interesante observar que 58.1% de la población, señaló que realizaba educación y promoción de la salud, 36.2% toma de signos vitales y 27.6% consejería en SSR. Otras actividades como evaluación peso/talla, historia clínica y examen físico completo, entre otras, son reportadas por menos del 24% de las personas encuestadas.

Si bien parecieran ser altos los porcentajes de población que aseguran realizar actividades relacionadas con educación y promoción de la salud, así como consejería en SSR con hombres, esto resulta contradictorio con lo discutido por los prestadores y prestadoras de servicio participantes en el grupo focal quienes aseguraron que, normalmente, ellos y ellas no solo no tienen muchas posibilidades de encontrar a los hombres en las visitas domiciliarias, sino que además cuando estos llegan a los servicios tampoco se realiza una consulta integral —y mucho menos se integra la consejería en SSR— sino que se le atiende únicamente por el motivo de consulta.

En este sentido, conviene rescatar el comentario realizado por una de las participantes (médica de EBAIS) del grupo focal, quien manifestó que cuando una mujer asiste a un servicio de salud siempre se le pregunta por su SSR (control de papanicolau, planificación familiar, entre otras) mientras que en el caso de los hombres, solo se le pregunta aspectos relacionados con la SSR si es un adolescente, no si es un adulto.

Como se puede observar, además de que los servicios, tal como se ha mencionado, han sido organizados sin tener claro un enfoque de género, lo cual refuerza aspectos del modelo tradicional que no facilitan el acceso de los varones a los servicios de salud, encima los y las funcionarias reproducen la ideología mediante prácticas diferenciadas que parten de estereotipos y no de una claridad conceptual y de enfoque.

Todo esto queda más claro al observar que solo 22.4% de la población encuestada, afirmó que en el área de salud existen estrategias definidas y específicas para la promoción de la salud en la población masculina (56.1% señaló que no existen y 21.5% no respondió al ítem).

De quienes aseguraron que existían estrategias definidas y diferenciadas para la población masculina, 8.7% no supo señalar cuáles, 52.2% mencionó como ejemplos charlas y educación en salud, 26.1% mencionó el Plan de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, 8.7% mencionó la prevención del fumado y 4.3% mencionó grupos de adolescentes y de la tercera edad.

En este respecto, sería útil preguntarse si estas estrategias son realmente definidas para la población masculina desde un enfoque de género que parta de las necesidades y las características de los hombres, o solo son actividades en

las que se incluyen hombres, hacia donde se inclinan en realidad las apreciaciones de los funcionarios del Nivel Central de la CCS entrevistados (de los programas Salud del Adulto y Salud de la Mujer).

Por otra parte, si aceptamos como verdadera la afirmación de que en realidad existen estas estrategias definidas y diferenciadas para la población masculina en el área de salud, resulta sorprendente que, menos de una cuarta parte de la población de prestadores(as) encuestados(as) las haya conocido.

En medio de estas contradicciones, encontramos que 55.2% de la población encuestada calificó como “buenas” las acciones de salud que se dirigen a la población masculina, porcentaje que supera casi en 33 puntos el porcentaje de población que aseguró que existieran acciones orientadas en forma específica a los hombres.

En este sentido, 18.1% de la población señaló que estas acciones eran “muy buenas” o “excelentes”, frente a 16.2% que las calificó de “mala”, “muy mala” o “pésima” calidad.

En este asunto específico, conviene remitirse a los criterios planteados por los y las participantes del grupo focal, quienes citaron las visitas domiciliarias como acciones que realizan en el Área de Salud para responder a las necesidades de salud de los hombres, aunque según lo señalaron también, en estas atienden por igual a hombres y a mujeres —es decir no se parte de un enfoque género sensible— y además la cobertura hacia los hombres es baja. De igual forma se mencionó que la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia tampoco ha desarrollado acciones claramente intencionadas para atraer a los hombres.

En síntesis, los y las prestadores(as) de servicios mencionaron que las acciones o servicios dirigidos específicamente a hombres son “*mínimos*”. De hecho, pensando en la calidad e integralidad de los servicios, los y las participantes manifestaron como ejemplos de escasez que no se han realizado campañas dirigidas a la salud de los hombres sino más bien se han orientado más a las mujeres y los niños. De igual forma ninguno conocía la existencia de panfletos u otro tipo de información preventiva para hombres, mientras sí existen para las mujeres.

De esta forma, en los y las prestadores(as) de servicios de salud participantes en el grupo focal, existía la impresión de que los servicios de salud han dejado de lado al hombre, con lo que de alguna manera ha sido invisibilizado.

Con respecto a las barreras de acceso que existen en los servicios de salud para la población masculina, según la opinión de los(as) prestadores(as) de servicios, los horarios de atención es la más importante (señalada por 59.8% de la población encuestada), seguida de la identificación de lo servicios como dirigidos

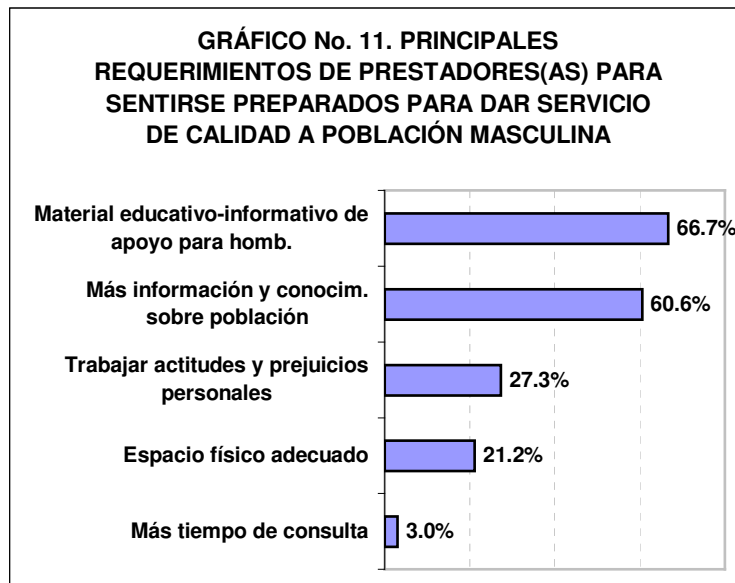
a la población femenina (según 23.4% de las personas encuestadas) y del espacio físico inadecuado (19.6%).

Otras barreras importantes de mencionar, las cuales fueron identificadas por 15% de la población encuestada fueron, la poca sensibilización y capacitación del personal respecto de la población masculina, así como el desconocimiento de los(as) prestadores(as) de las necesidades de los hombres.

Por su parte, 10.3% señaló como barrera de acceso los tiempos prolongados de respuesta institucional a las necesidades de la población y 7.5% apuntó a aspectos relacionados con la confidencialidad.

Es interesante por demás que, a pesar de todo lo revisado con anterioridad, 58.9% de los(as) prestadores(as) encuestados(as) afirmó sentirse preparado para brindar un servicio de calidad a la población de varones (30.8% señaló no sentirse preparado y 10.3% no respondió).

Quienes señalaron que no se sentían preparados(as) para brindar una atención de calidad a la población masculina, manifestaron que para sentirse preparados(as) requerían material educativo-informativo de apoyo dirigido a varones (66.7%), más información y conocimiento sobre esa población (60.6%), trabajar sobre algunas actitudes y prejuicios personales (27.3%), espacio físico adecuado (21.2%) y más tiempo de consulta (3%).



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a prestadores(as) de servicios de salud del Área Turrialba-Jiménez sobre masculinidad y SSR.

Al interrogar en la encuesta a los prestadores y las prestadoras respecto de las áreas que ellos y ellas consideran deben contemplarse prioritariamente en la

atención de la salud de la población masculina, las respuestas más frecuentes fueron:

- Sexualidad (29.1%)
- Planificación familiar, incluyendo la vasectomía (27.2%)
- Estrés y problemas laborales (22.4)
- Prevención y atención de las ITS (22.3%)
- Cáncer de próstata (19.4%)
- Conciencia sobre la importancia de asistir a servicios de salud (16.5%)
- Prevención integral en salud desde la niñez y la adolescencia (14.6%)
- Prevención del alcoholismo, tabaquismo y otros vicios (8.7%)
- Prevención y atención en relación con la violencia intrafamiliar (6.8%)
- Salud mental incluyendo atención psicológica (5.8%)
- Diabetes (4.9)
- Reflexión sobre masculinidad (2.9%)

Por su parte, con una gran concordancia con lo planteado por la población de prestadores(as) encuestada, los y las participantes del grupo focal mencionaron, como principales necesidades que deberían contemplarse en un servicio específico para hombres, las siguientes:

- Manejo de estrés
- Planificación familiar
- Problemas prostáticos
- Impotencia
- Problemas cardiovasculares
- Problemas de columna
- Obesidad
- Oído y visión
- Leptospirosis
- Diabetes
- Incontinencia urinaria

Es interesante observar, que las áreas más mencionadas por los(as) prestadores(as), se encuentran estrechamente relacionadas con el modelo hegemónico de masculinidad en el cual la dimensión sexual y la laboral se constituyen no solo en pilares que sostienen la identidad masculina, sino también en escenarios donde esta se actúa y se reafirma.

Lo valioso acá, es poder entender que precisamente ahí donde “se sostiene” el modelo tradicional, es donde se exponen mayormente los hombres en términos de su salud y su seguridad.

Por otra parte, es de gran relevancia subrayar que frente a la pregunta “¿Usted cree que debería existir un servicio de atención integral de la salud sexual y

reproductiva específica y diferenciada para el hombre?”, 74.8% de las personas encuestadas respondieron afirmativamente, frente a solo 22.3% que respondió en forma negativa.

Estos resultados se muestran en abierta contradicción con lo planteado por la mayoría de los y las participantes en el grupo focal quienes no consideraron del todo pertinente hacer una clínica para hombres; más bien sugirieron integrar los servicios, pues por ejemplo, creen que la planificación familiar es responsabilidad de ambos, hombre y mujer.

En este sentido, retomando las distintas percepciones y opiniones de los prestadores y prestadoras de servicios de salud contemplados en el estudio, los cuales pertenecían a diversos niveles de los servicios y los cuales además tenían opiniones encontradas respecto de la pertinencia de desarrollar servicios específicos y diferenciados para hombres, podría pensarse en que si bien, tal como lo señalaron varias de las autoridades técnicas entrevistadas, en concordancia absoluta con la opinión del Dr. Cerdas Salas *“debieran ser servicios familiares de atención integral, porque si no podríamos caer en el mismo error que caímos todo este tiempo pero del otro lado”*, retomando las otras opiniones de funcionarios y de hombres usuarios, se podría generar una estrategia inicial diferenciada que a partir de una oferta específica y muy particular para los hombres se llegue al objetivo final de una integración de servicios que posean un claro enfoque de género, lo cual no implicará necesariamente en el futuro clínicas diferenciadas:

“...yo creo que se puede hacer como estrategia inicial no perdiendo de vista cuál es el objetivo final, verdad ese es el problema, si a mi me dicen objetivamente, lo que nosotros queremos es que el día de mañana la pareja venga, se le promueva su salud sus derechos reproductivos y se les den todas las posibilidades de que ella o él decidan todos los métodos incluidos los quirúrgicos, etc... y que se le pueda prevenir enfermedades de transmisión sexual, todo lo que se desarrolla, ese es el objetivo, eso es lo que vamos a hacer pero por ahora atraer a los hombres a una consulta de “viejas” embarazadas, es como pegarles un tiro, y es cierto, bueno vamos a hacerlo de esta forma, vamos a hacer clínicas de salud del hombre” (Cerdas, O. 2002; entrevista personal).

Partiendo de esta posibilidad estratégica transitoria de concretar servicios diferenciados para los hombres, los y las prestadores(as) de servicios comentaron tener la impresión, a partir de la actitud y receptividad de los hombres frente al prestador o prestadora según su sexo, de que existe mayor confianza entre hombres (con la mujer señalaron, el hombre se siente más cohibido), lo cual podría facilitar la atención.

También señalaron, de vital relevancia educar más al hombre en cuanto a la prevención y atención de la salud, para lo que consideraron podría ser muy útil diseñar y desarrollar campañas de prevención dirigidas a éste, similares a las que son dirigidas a las mujeres sobre cáncer de cerviz, solo que partiendo de las particularidades de la población meta. En este sentido recomendaron, además, revisar en todos los materiales que se produzcan, los lenguajes y códigos utilizados (las imágenes, el montaje, los gráficos, las figuras, el contenido y el tratamiento del mismo) de tal manera que respondan y realmente comuniquen y convoquen a la población masculina.

En general, los y las prestadores(as) de servicios, manifestaron la urgente necesidad de incorporar el enfoque de género en los procesos educativos que se desarrollan en los servicios de salud y en la lucha necesaria por el derrumbamiento de los mitos presentes tanto en los usuarios como en el personal de salud, los cuales están directamente relacionados con el “ser hombre” y el “ser mujer”, con la masculinidad y la feminidad.

La vasectomía: una opción que encierra los desafíos y temores de la nueva masculinidad

De la población total de prestadores(as) encuestada, 4 hombres se han realizado la vasectomía y 4 mujeres reportaron que su pareja (actual o anterior) se la realizó.

Más de la mitad de ellos y ellas, señalaron que la decisión fue tomada en pareja fundamentalmente por condiciones de embarazo riesgoso y porque ya no se deseaba tener más hijos(as). Lo cual establece, en concordancia con los testimonios de los usuarios, los argumentos centrales sobre los que se basa tal decisión.

De hecho según las opiniones intercambiadas en el grupo focal de prestadores y prestadoras de servicios de salud sobre las razones que llevan a un hombre a optar por la vasectomía, el que pueda ser la única opción para evitar más embarazos (pues la mujer no se puede operar) o “*quitar carga a la mujer*”, esto en el sentido de que usualmente es quien asume la planificación.

Otros elementos señalados por los y las participantes del grupo focal como favorecedores de la opción fueron la buena comunicación en la pareja, el nivel de educación, y la conciencia en la necesidad de evitar más hijos(as).

En cuanto a la percepción de la vasectomía como un método válido y favorable, es relevante mencionar que, 52.4% de la población encuestada (50% de los hombres y 55.4% de las mujeres), afirmó haber pensado alguna vez en la vasectomía como una buena opción de anticoncepción (frente a 28.2% que respondió negativamente) para si mismo o su pareja.

En este sentido, aludieron como razones para haber pensado en la vasectomía que “no solo la mujer es responsable de la planificación” (21.2%), “la operación es menos riesgosa”, “más sencilla y sin complicaciones” (15.3%), “la responsabilidad en el número de hijos si ya se tienen los deseados” (4.7%) y “por consideración a la mujer” (1.2%)¹⁹.

Por su parte, es interesante ver que, de la población que señaló no pensar en la vasectomía como una opción para su planificación familiar o sus prácticas de anticoncepción, muy pocas personas respondieron a la pregunta del por qué no lo habían pensado, mencionando aspectos relacionados con que no era tiempo para pensar en planificación (4.7% de la población total) y porque existen otros métodos no radicales (el mismo porcentaje que la razón anterior).

No obstante, podríamos aproximarnos de forma indirecta a otros argumentos que podrían estar incidiendo en esta población para no pensar en la vasectomía como una opción de planificación, al revisar las razones que estas personas (aquellas que no piensan en la vasectomía como una opción viable para si) aducen frente a su negativa de recomendar a otros hombres o parejas la vasectomía.

Así observamos que 34.5% de quienes no ven la vasectomía como una opción para ellos(as), no recomendaría la vasectomía a un hombre o a una pareja porque podrían arrepentirse, 10.3% porque el hombre puede tener problemas psicológicos con su identidad sexual, 10.3% porque puede inducir al hombre a ser infiel, 3.4% porque podría exacerbar los deseos sexuales del hombre, 3.4% porque no corresponde a la fe que profesan y 3.4% porque existen otros métodos no definitivos que son efectivos.

Es relevante rescatar sin embargo, que si bien 15.9% de la población total (17 personas) señaló que no le recomendaría a un hombre o a una pareja la vasectomía como opción anticonceptiva, 73.8% de la población encuestada aseguró que sí lo haría.

En cuanto a las razones que fueron mencionadas por la población que evidenció su negativa a recomendar la vasectomía a un hombre o a una pareja, como argumentos justificantes de su posición, se encuentran:

- La vasectomía puede generar obesidad (88.2% de quienes no recomendarían la vasectomía)
- La persona que se practica la vasectomía puede arrepentirse después (64.7%)
- La vasectomía puede inducir al hombre a ser infiel (35.3%)

¹⁹ El 10% restante no respondió a la pregunta.

- La persona que se practica la vasectomía puede tener problemas psicológicos con su identidad sexual (17.6%)
- Existen métodos no definitivos y efectivos (5.9%)
- La vasectomía puede producir impotencia (5.9%)
- Por razones de profesión de fe (5.9%)
- Porque la vasectomía tiene demasiados riesgos para el hombre (5.9%)
- Porque la vasectomía puede generar cáncer de próstata (5.9%)

Tal como puede observarse, la mayoría de las razones se fundamentan en mitos y creencias erróneas que evidencian a la vez la insuficiente información científicamente fundamentada que sobre el tema manejan los y las prestadores(as).

En este sentido, es importante llamar la atención sobre el hecho de que aunque estas creencias fueron exploradas solo en la población que aseguró no estar de acuerdo en recomendar la vasectomía como alternativa de planificación o anticoncepción (situación generada por la misma estructura del instrumento), la cual representa poco más de la sexta parte de la población encuestada, los resultados abren la interrogante sobre cuántos de estos mitos estarán presentes en los(as) otros(as) prestadores(as) aunque hayan señalado que ellos o ellas recomendarían la vasectomía.

Asimismo, resulta interesante observar la presencia de estos mitos —esperables en la población sin ninguna formación en salud— en prestadores(as) de un servicio que tiene como uno de sus programas la realización de vasectomías. Esto vendría a demostrar que aunque el servicio se presta, este está divorciado de las acciones de promoción de la salud, lo cual reduce las posibilidades de impactar a la población en cuanto a la educación en salud en este respecto y en cuanto a la oferta misma del servicio.

Esto es absolutamente concordante con los resultados arrojados por la pregunta “¿Considera usted que maneja los elementos suficientes sobre la vasectomía como para hablar con propiedad sobre el tema con usuarios(as) de los servicios?”, frente a la cual 60.7% de la población encuestada respondió en forma negativa. De hecho es sorprendente que teniendo un servicio de vasectomía sin bisturí, solo 40.2% de los(as) prestadores(as) (44.7% de los hombres y 37.3% de las mujeres) reportan haber promovido o hablado de este servicio con la población masculina con que han tenido contacto.

Aquí aparece una nueva diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al servicio que se le pueda otorgar a los hombres ya que como se ve, existe una

menor disposición o una mayor resistencia (aunque leve) a abordar este tipo de tópicos con los usuarios.

Conviene señalar que, de los(as) prestadores que reportaron promover y hablar del servicio de vasectomía con los usuarios, 46.51% plantearon que lo hacían porque es importante que los usuarios conozcan del tema, 20.93% porque los usuarios solicitaban información y 4.65% porque se encontraba dentro de sus funciones.

Por su parte, de quienes no han brindado información ni han promovido la vasectomía entre los usuarios, 27.27% afirman no hacerlo porque no tienen conocimiento sobre el tema, 14,54% porque los hombres no solicitan información al respecto, 10.9% porque no ha tenido la oportunidad y 5.45% afirmó que no lo hacía porque ese procedimiento no se practicaba en su área.

Otro detalle interesante que se puede observar en este tópico se relaciona con que, pareciera existir una correlación positiva entre la disposición de recomendar a un hombre o a una pareja la vasectomía como opción anticonceptiva y la práctica dentro del servicio de hablar o promover la vasectomía. Mientras 50.6% de quienes recomendarían la vasectomía a un hombre o a una pareja han hablado o promovido ese servicio, solo 11.8% de quienes no la recomendarían han promovido el servicio.

Esto establece la necesidad de que los(as) prestadores(as) no solo tengan más información sobre el procedimiento, sus beneficios y consecuencias, sino que además puedan revisar sus propios mitos y prejuicios para que no se constituyan en un obstáculo para brindar un servicio de SSR de calidad.

Precisamente en esta misma línea, y aunque 59.4% y 33% de la población encuestada, consideraron que la mayoría de los hombres que optan por la vasectomía lo hacen porque son conscientes de su responsabilidad en su SSR y la de su pareja o porque son considerados con su pareja, respectivamente; además de los mitos ya mencionados, 7.5% del grupo afirmó que la mayoría de los hombres que optan por la vasectomía lo hacen porque desean seguir “haciendo de las suyas” sin la preocupación de dejar a alguna mujer embarazada.

De hecho esta última percepción, se constató también en el grupo focal de prestadores(as) de servicios en donde, si bien en general, los y las participantes consideraron que quienes se practican la vasectomía son hombres considerados, responsables, que quieren a la pareja y que saben qué es mito y qué es realidad respecto de la vasectomía, una participante señaló que esto no es así en todos los casos pues algunos buscan “licencia” (ser promiscuos sin la posibilidad de que se de un embarazo), lo cual ella asegura notar por la cara o los comentarios que hacen quienes solicitan el servicio.

Es claro pues, que esta fantasía se encuentra presente en los prestadores(as) como representantes de una cultura en la que se entiende la masculinidad tradicional como ligada a la necesidad “instintiva” de seducción y apareamiento sin discriminación alguna.

Con respecto a la existencia de estrategias para atraer población masculina al servicio de vasectomía, los y las participantes del grupo focal mencionaron que no existe coordinación entre la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia (lugar donde se ofrece el servicio de vasectomía sin bisturí) y el Área de Salud y, consecuentemente los EBAIS.

Comentaron que por lo general la referencia a vasectomía se realiza por medio de las mujeres, la esposa o pareja del hombre. De esta forma, es la mujer quien usualmente informa y comenta al hombre sobre la vasectomía.

Señalan, como una muestra más de los mitos existentes en la población, que en algunos casos el hombre se molesta cuando la mujer le comenta sobre el procedimiento quirúrgico, argumentando que este produce impotencia, que después de ella no van “*a servir para nada*”. Tal vez sea este último el principal temor que visualizan los y las prestadores(as) de servicios poseen los hombres en cuanto a la vasectomía, que a partir de la operación pierdan la capacidad de erección y de eyaculación.

En general, los y las participantes del grupo focal consideraron que para fortalecer el servicio de vasectomía, así como para darle al mismo un enfoque de atención integral de la salud, se requiere capacitar al personal en diversos tópicos relacionados con masculinidad y salud, contar con material didáctico específico para varones y de temas de interés para ellos (entre los que se encuentre material sobre SSR y vasectomía específicamente). Adicionalmente sugirieron que el servicio debía contar con un horario que se ajuste a las realidades y limitaciones de la población masculina, no solo para atender en consultorio sino para realizar visitas domiciliarias.

V. Consideraciones finales

Al finalizar el presente diagnóstico, contemplando las diversas fuentes de información y la gran cantidad de datos resultantes de las distintas estrategias metodológicas utilizadas a lo largo del proceso, podríamos señalar como consideraciones finales más relevantes las siguientes:

- Las sesiones de grupos focales desarrolladas con usuarios, han puesto en evidencia, la necesidad que poseen los hombres de hablar de su historia y de sus situaciones, necesidad que tiene la posibilidad de ser satisfecha si se genera un espacio que les resulte cómodo, no amenazante y que les permita a su vez, obtener una especie de validación y reconocimiento de su vivencia cotidiana.

Esto, además de mostrar la necesidad de estos hombres de reflexionar y trabajar sobre sus intentos y aproximaciones permanentes por definir su masculinidad, se constituye en un insumo que puede ser recuperado como estrategia metodológica para un servicio de atención integral dirigido a varones. De hecho, este aspecto fue enfatizado al observar cómo los asistentes al grupo focal, daban las gracias por el espacio, el cual por sus objetivos investigativos, no pretendía llenar alguna demanda o expectativa en la población participante.

Desde esta perspectiva, conviene enfatizar la necesidad de visualizar servicios más humanizados en donde la interacción personal horizontal de los(as) proveedores(as) de servicios y los usuarios sea una característica intrínseca de los mismo, en donde la conversación sea considerada y utilizada como la principal herramienta educativa.

- En cuanto a las creencias, actitudes y prácticas respecto de la masculinidad, es importante visualizar en los y las participantes de los grupos focales, la existencia de una percepción de ruptura, de cambios graduales que configuran modelos de “ser hombre” que se diferencian del modelo hegemónico tradicional. Es interesante observar que esta percepción de cambio social, se encuentra íntimamente ligada, en el caso de los usuarios, a la auto percepción de su dinámica de cambio (la cual encuentra su máxima expresión en la vasectomía) tomando como referentes al sí-mismo, a figuras masculinas importantes de otras generaciones (abuelo, padre, etc.) y a otros hombres con los que comparten su cotidianidad.
- Es de vital importancia hacer notar que esta auto percepción del cambio, aparece en ellos como un motivo de orgullo, el mismo orgullo del conquistador que asume retos para descubrir nuevas regiones y espacios para estar y para ser. La utilización de esta imagen, se constituye en una hipótesis interpretativa que se amarra con otros aspectos que se irán señalando posteriormente y que, se encuentran relacionados con la probabilidad de que los cambios tangibles en la vivencia de la masculinidad de estos hombres, han sido posibles a partir de un redireccionamiento, una

relectura y una reinterpretación de los arquetipos esenciales constitutivos de la masculinidad (ver Capítulo I. Marco Teórico Referencial). Es decir, se propone que aquellos cambios que se hacen efectivos, no parecen estar amenazando los núcleos sobre los que se constituye la identidad masculina, por el contrario los refuerzan pero desde y hacia otra dirección.

- En referencia con estas modificaciones y rupturas en los patrones tradicionales de masculinidad, las cuales son percibidas por los distintos grupos poblacionales que se han entrevistado, resulta de vital importancia señalar que estos son explicados por los y las informantes desde los siguientes procesos sociales:
 - una mayor información, educación y toma de conciencia en la población masculina respecto de la necesidad del cambio,
 - la reivindicación social de los derechos de las mujeres, y
 - el papel activo y beligerante de las mujeres, quienes ponen límites a sus parejas, promoviendo y defendiendo otras formas de relación vincular.

El último aspecto mencionado, tiene especial importancia porque muestra y resalta la participación activa de las mujeres en la reestructuración de sus relaciones y en la transformación de sus parejas. No sobra decir que este aspecto aparece con bastante claridad en el discurso de los hombres participantes de los grupos focales.

- Ahora, a pesar de los cambios manifestados por los y las participantes, es interesante observar la presencia latente de vestigios de los modelos tradicionales de género.

Así, aunque se habla de los cambios existentes en los roles de género, por ejemplo se dice que ahora el hombre “ayuda a la mujer”, lo que deja ver en la expresión que todavía hay ciertas dimensiones de la vida que son concebidas como responsabilidad de las mujeres (en tanto la pareja es solo un apoyo), tal es el caso de la planificación familiar, la labores domésticas y la crianza de los niños.

De alguna forma, a pesar de los cambios observados, se puede apreciar la inercia sociocultural de seguir colocando a las mujeres en el modelo tradicional femenino.

En este sentido, puede afirmarse que dentro de este proceso de transformación social referido a las relaciones entre los géneros, los cambios cognoscitivos preceden a los actitudinales. Esto plantea que las rupturas en el discurso hegemónico del sistema sexo/género no asegura cambios

profundos en las representaciones, actitudes, valores y prácticas de las personas.

- Se hace necesario señalar en este aspecto que no se encontraron grandes diferencias en el sistema de creencias relacionados con el género entre las poblaciones de usuarios y los(as) proveedores(as) de servicios.

Deslindándose de esto y del punto anterior, fue interesante observar cómo la creencia social de que la planificación familiar es una responsabilidad y tarea femenina atraviesa la práctica cotidiana de los prestadores de servicios. Tal como lo comentaba una médica de EBAIS, de forma rutinaria cuando ven a una mujer en consulta le preguntan si planifica y con qué planifica, pero esta práctica no la ejecutan cuando ven a un hombre en consulta.

En esta misma dirección observamos cómo, dentro de las preferencias en la atención de personas que poseen los(as) prestadores(as) de servicio, respecto de distintas poblaciones los hombres adultos son la población que menos frecuencia de preferencia posee (aún más las prestadoras en comparación con los prestadores prefieren en menor porcentaje atender hombres adultos).

Esto plantea por una parte, la existencia de un desfase entre la necesidad de provocar el involucramiento masculino en los procesos de cuidado de la SSR y las prácticas y actitudes de los(as) prestadores(as) de servicios, así como entre estas últimas y las necesidades de un importante grupo de población que avanza en la dirección del cambio.

Estos aspectos son solo una muestra que justifica la necesidad de trabajar también con las propias representaciones y actitudes de los(as) prestadores(as) para aspirar a la generación de cambios en las creencias, actitudes y prácticas de los y las usuarios(as).

- Es importante señalar que, los y las participantes también identifican la existencia de resistencias para el cambio en las personas. Estas resistencias son explicadas por los participantes desde la sensación, pero fundamentalmente el temor de la “pérdida de hombría”.

Esto resulta interesante examinarlo con más detalle porque, a partir del discurso de los sujetos, los cuales dan cuenta de un universo simbólico que nos atraviesa más o menos a todos dentro de una cultura, el temor a la “pérdida de hombría” se encuentra relacionado directamente con la opción por la vasectomía, en tanto la mitología popular asocia este procedimiento con la castración²⁰, lo cual desde nuestra ideología patriarcal equivale precisamente a esa pérdida del valor de hombre.

²⁰ Según lo señalan los participantes en los grupos focales la gente bromea con el asunto de la vasectomía con frases como “usted es un buey” o “lo castraron”.

De esta forma la resistencia al cambio de concepción y de comportamientos, puede suponer una negación de la opción por la vasectomía. En este sentido, podríamos suponer que el procedimiento de la vasectomía y la voluntad de un hombre de recurrir a un servicio para practicársela, le impone a este la necesidad de desarrollar una reestructuración cognoscitiva del significado de “ser hombre”.

- Por otra parte, vale la pena mencionar que este temor se encuentra relacionado además, con los temores masculinos de no funcionar bien en la dimensión genital (dimensión central en la identidad masculina desde el modelo hegemónico), lo cual equivale a no poder responder efectivamente a uno de los mandatos socioculturales que se imponen a los hombres.

En este sentido es interesante observar lo significativo que ha sido en la mayoría de estos hombres, la oportunidad de poder preguntarle a otro hombre que ya se había realizado la vasectomía, acerca de los efectos que esta había tenido en su vida sexual. Esto apunta a otro elemento que puede ser considerado en la articulación de una propuesta de servicio de atención integral de la SSR de hombres: la necesidad de escuchar la experiencia de otro hombre y obtener así una legitimación de su decisión proveniente de un semejante.

- Ente los temores relacionados con la vasectomía que más expresaron los usuarios tener o haber tenido, se encontraban: el error médico (“que me corten todo”), la efectividad del método y la capacidad sexual después de la operación.
- En relación con los dos puntos anteriores, fue interesantísimo observar el importante papel que están jugando las mujeres en tanto “acarreadoras” de información desde los servicios de salud hasta su casa, lo cual las constituye en aliadas estratégicas en este proceso de búsqueda y definición de estrategias efectivas orientadas a la eliminación de barreras de acceso y de acercamiento a la población masculina.
- Con respecto a la decisión del hombre de realizarse la vasectomía, encontramos que la forma en que los varones lidian con esos temores y representaciones sociales referidos al hombre vasectomizado, es mediante la exaltación de una auto-percepción del “buen hombre”, el cual está directamente anclado al núcleo de la masculinidad relacionado con la protección de sus seres queridos y la valentía para enfrentar cualquier circunstancia en el intento por cumplir dicha misión. Así los hombres plantean que su decisión tiene que ver con proteger la estabilidad económica de su hogar y de proteger a su compañera de otra situación que la desgaste y afecte en su salud y bienestar (la esterilización o embarazos riesgosos).

- En cuanto a los comportamientos riesgosos y negligentes existentes en la población con respecto a su salud, se pudieron identificar dos elementos clave que pueden estar asociados. En primer lugar, se observó en los informantes la ya conocida creencia de que “las mujeres se enferman más” y como contraparte “los hombres se enferman poco”, lo cual da cuenta de esa “omnipotencia” supuesta que se articula como fantasía rectora de la masculinidad.

En segundo lugar, se pudo encontrar en esta población una disociación absoluta entre el placer y la protección, lo cual reduce las posibilidades de que los hombres desarrollen conductas protectoras desde una escala de prioridades que coloca por encima de todo el placer aunado a una visión tradicional del hombre como un ser gobernado por los instintos.

Este aspecto no solo pone en evidencia lo que podríamos llamar un “núcleo duro” para la transformación social de la visión de hombre, sino que deberá ser revisado con mayor profundidad por cuanto, desde mi criterio, los enfoques de prevención y promoción de la salud han reforzado esta escisión lo cual hace que los hombres, en su búsqueda del placer ni siquiera puedan visualizar, medidas protectoras aceptables y compatibles con sus objetivos hedonistas.

- Otro elemento que se desprende de la necesidad de sostener la mentira de la “omnipotencia” como puntal de la masculinidad, es la poca disposición de los hombres a asistir a los servicios o hacer uso de los mismos. Esto se constituye en una barrera cultural de acceso a los servicios.

Sin embargo, en este sentido se pudo constatar en el grupo focal de prestadores que también en ellos opera la aceptación de ese mandato social. Así nos cuenta una ATAP que al llegar a una casa como parte de sus visitas de rutina, el hombre que está en casa y la recibe, generalmente dice “pase, la doña está adentro” y la funcionaria hace exactamente eso sin generar alguna otra conducta que procure luchar con esa forma de verse a si mismo y de concebir los servicios de salud. Una vez más, se observa como las creencias culturales se constituyen en barreras de acceso que son sostenidas tanto por los usuarios como por los prestadores de servicios de salud.

- Se pudieron observar importantes vacíos de información sobre SSR en la población de usuarios, incluyendo aquellos aspectos relacionados con la vasectomía. Esto señala no solo la urgente necesidad de generar procesos de educación en SSR sino que, además, delata una ineficiencia en el proceso que atraviesan los usuarios dentro del servicio hasta la intervención quirúrgica.

De hecho, en los grupos focales se hizo evidente que no todos los hombres han vivido un proceso de consejería (aunque algunos ya fueron

vasectomizados) y los que si lo hicieron, parece que esta no fue lo suficientemente amplia para satisfacer su demanda de información y conocimiento. En este sentido, es importante mencionar que tanto usuarios como prestadores reclamaron material gráfico que permitiera explicar y entender de mejor forma todo lo referente a esta alternativa anticonceptiva.

- Relacionado con el punto anterior, se pudieron detectar aspectos que amenazan la calidad del servicio de vasectomía. Algunas de ellas son:
 - No existe un protocolo definido y documentado respecto del proceso que debe seguir un usuario desde que se acerca al servicio con la inquietud de realizarse la vasectomía hasta el último monitoreo de espermograma.
 - En ese mismo sentido, en los grupos focales se pudo constatar que no todos los hombres que han sido vasectomizados han atravesado por alguna forma de consejería.
 - No existe un proceso claramente estructurado de registros médicos que de cuenta de la población que se atiende. Así por ejemplo no se están llevando expedientes completos, no existe una historia clínica en la mayoría de ellos, entre otros.
 - No existen servicios de consejería grupal diseñados específicamente para la población masculina.
 - La Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, posee una imagen ya posicionada en la comunidad que la hace ver como la “Clínica de la Mujer”. De hecho existen rótulos en distintos espacios dentro del establecimiento que dicen “SOLO SE PERMITE LA PERMANENCIA DE MUJERES EN ESTA AREA”. Estos elementos, de hecho aparecen en los grupos focales de usuarios como obstáculos para que los hombres accedan al servicio de forma tranquila.
 - La programación de vasectomías no es suficientemente regular (se realizan cada quince días aproximadamente, durante un domingo) lo cual hace que la lista de espera (la cual es demasiado grande) no se despache con rapidez. En este aspecto incide el hecho de que solo se están realizando vasectomías cuando viene el Dr. Cerdas del Hospital San Juan de Dios.
 - No existe una coordinación ni comunicación clara entre la Clínica y el Área de Salud, de tal forma que los EBAIS no han recibido ningún tipo de capacitación relacionada con el tema que les permita trasladar información a las comunidades, no conocen el equipo que atiende estos procesos, no existe un procedimiento claro y definido de referencia, etc.

- Se pudo observar la existencia de valores y prejuicios en los(as) prestadores(as) de servicios (fundamentalmente pertenecientes al área de salud) que son antepuestos a las necesidades y decisiones de los(as) usuarios(as) lo cual interfiere con su autonomía, su capacidad de autodeterminación y el ejercicio de sus derechos.
- No se cuenta con material educativo – informativo que se pueda distribuir en la población, respecto de los servicios que se ofrecen en la Clínica y otros asuntos de interés en la prevención dentro de la SSR.
- No posee un enfoque de género que atraviese con claridad todas sus acciones.
- El proceso dio cuenta de una gran controversia sin consenso entre los distintos grupos o personas que participaron en el mismo en cuanto a si el servicio debería ser diferenciado (tal como el servicio ginecológico) o si debería ser integrado a los servicios que brinda la institución en cada nivel de atención. Desde esta perspectiva se podría plantear que, si bien el objetivo último de la organización de los servicios de salud debería ser la integración de un enfoque de género a los servicios que ofrece usualmente la institución, podría establecerse un servicio de atención integral diferenciado para varones como estrategia inicial de eliminación de barreras.
- Algunas de las características de un servicio de atención integral de la SSR de los varones, que aparecieron con mayor fuerza según el punto de vista y las necesidades de los grupos que participaron en el proceso, son:
 - Que se realicen actividades grupales socio-educativas de solo hombres. En estas los usuarios consideran que debería de conversarse sobre temas de salud de interés para ellos.
 - Que los servicios se ofrezcan en los medios en donde ellos cotidianamente se desempeñan. Así por ejemplo sugieren que se den charlas educativas en sus trabajos.
 - Que se diseñe y produzca material educativo e informativo dirigido a ellos y que se ponga a disposición en lugares que ellos frecuentan: trabajo, bares, establecimientos comerciales, entre otros.
 - Que haya hombres y mujeres atendiendo el servicio. En este punto existieron criterios bien diversos en cuanto a la preferencia del sexo del prestador, aunque podría señalarse que en general, la tendencia encontrada, sugiere que sean hombres los prestadores que atiendan aquellos aspectos en los que se involucre la exposición de la privacidad y la intimidad de los usuarios.

- Que tenga horarios que se adecuen a sus posibilidades (fundamentalmente que se amplíen a horas de la noche).
 - Que se aborden temas tales como: la importancia del chequeo médico, salud ocupacional, estrés, la impotencia, el cáncer de próstata, obesidad, prevención ITS/VIH/SIDA.
 - Que posea personal bien calificado y que exista la posibilidad de acceder a diferentes especialistas. De igual forma, que exista un proceso de capacitación permanente en temáticas orientadas a conocer mejor la población masculina (necesidades, realidades, etc.).
 - Que implemente campañas preventivas dirigidas a la población masculina.
- Al pensar en la posibilidad —y necesidad— de establecer, organizar y desarrollar servicios de salud orientados con especificidad en los hombres, resulta fundamental conocer cuáles son las características del contexto institucional y comunal en que se va a inscribir el servicio de salud que se pretende ofrecer a la población. Esto permite saber qué factores pueden jugar a favor y en contra del servicio, beneficiando, potenciando, obstaculizando o limitando el impacto del servicio en la población e incidiendo de esta manera en el logro de los objetivos establecidos. Esto plantea la necesidad de generar pequeños diagnósticos locales que, con la participación activa de prestadores(as) y usuarios, ayuden a determinar las principales orientaciones y características de ese servicio.
 - A pesar de la necesidad de partir de las diversas realidades existentes en los niveles locales, entre los principales obstáculos que se deben contemplar de modo general en un servicio de salud dirigido hacia hombres en el contexto costarricense están:
 - La resistencia y falta de interés de una cantidad importante de hombres en asistir a un centro de salud, aspecto visto con frecuencia, y que en parte responde al modelo de hombre que impera en la sociedad, y que impulsa la noción de un hombre siempre fuerte, sano, en buen estado de salud, que no se enferma o que le sucede en extrañas y muy poco frecuentes ocasiones, y que además es “experto” en el tema, por lo que sabe cómo cuidarse y no necesita información.
 - La influencia de la cultura machista, que es resistente al cambio. Esta rechaza la idea de que el hombre debe cambiar en su actitud, pues de alguna forma sería admitir que hay algo malo en el modelo, además de que el cambio le estaría haciendo perder control e influencia sobre las personas, poniendo en riesgo la supervivencia y continuación del modelo,

que como se señaló anteriormente, busca más bien reproducirse y consolidarse.

- Los mitos sobre los métodos de planificación, que se reproducen y esparcen con suma rapidez, con lo que crean percepciones erróneas y confusión sobre la efectividad real, efectos secundarios y forma adecuada de utilizar los métodos de planificación, lo que con frecuencia hace que hombres y mujeres incurran en conductas de riesgo y reduzcan sus conductas protectoras como utilizar condón, sobre todo si se asume que estos mitos o esta información errónea es cierta, lo que además puede incidir en que algunas personas no consideren necesario asistir a un centro de salud para corroborar dicha información.
- Niveles de analfabetismo y educación de algunas poblaciones meta. Si se quiere lograr un impacto considerable en la calidad de vida de las personas y las conductas que emiten en cuanto a su SSR, la información que se brinde y la forma en que se brinde incidirá en el impacto que se logre, debiendo buscarse estrategias que permitan explicar de manera sencilla, conceptos, sintomatologías de las enfermedades, medios de transmisión de las enfermedades, etc.

Existen algunos casos particulares, en donde debe tomarse en cuenta que algunas poblaciones del país pueden hablar lenguas autóctonas (bribri, cabécar, etc.) y tener un dominio escaso de la lengua española. Además, el hecho de que alguien sepa leer y escribir no implica necesariamente que comprenda los diversos aspectos que participan en la SSR de las personas, pues su nivel educativo puede ser bastante básico. Esto refuerza la importancia de poder adaptar el discurso y lenguaje técnico a los distintos contextos culturales y educativos que se pueden encontrar en el país.

- Presiones políticas ideológicas. Ante un servicio que promueve un cambio de cultura que algunos sectores sobre todo conservadores y tradicionales pueden considerar “lesivo”, estos sectores pueden iniciar movimientos de presión social y político para obstaculizar el desarrollo de servicios de salud en SSR, con los consiguientes atrasos y limitaciones en el servicio.
- La dinámica institucional. Los procesos administrativos, los trámites requeridos para echar a andar un servicio de este tipo pueden no estar planeados para funcionar a la velocidad con la que requiere el servicio, afectando negativamente la ejecución de actividades y proyectos cuando se requiere una respuesta ágil del servicio y de la institución.
- Percepción del profesional en salud como alguien difícil de contactar, sin disposición de servicio ni calidez en su interacción. Algunos usuarios de

servicios de salud se quejan no del dominio técnico que tienen los y las profesionales que les atienden, sino de los estilos de interacción, de la forma de tratar y atender a las usuarias y usuarios, por lo que pueden considerar con un buen grado de razón que la atención recibida fue mala, evitando asistir a dichos servicios de salud, lo que puede tener un impacto en la SSR de estas personas.

- Como contraparte, también existen oportunidades, factores que si se saben aprovechar, pueden ayudar a lograr un impacto positivo en la calidad de la SSR y con ello de la vida de los hombres del país. Entre las principales oportunidades que se cuentan en el país están:
 - El deseo y la necesidad de conocer información detallada desde edades tempranas. Desde la adolescencia temprana, muchos adolescentes expresan gran interés en conocer con detalle y de forma amplia distintos aspectos relacionados con la SSR, señalando que la información recibida es escasa (Garita, 2001).

Esto abre las puertas para que profesionales integrantes de estos servicios acudan y brinden información detallada y fidedigna, o bien para que el servicio reciba a hombres de un rango de edad bastante amplio, desarrollando una considerable cobertura etárea. En el caso de los adolescentes, se logra un elemento positivo adicional en el sentido de que se estaría haciendo llegar información a hombres en edades bastante tempranas, donde la actividad sexual (coitos, penetración, etc.) puede no haber iniciado, pudiendo aplicar lo conocido a lo largo de toda su vida sexual activa.

- Apoyo gubernamental, internacional. Bajo el amparo de la CIPD y otros acuerdos internacionales de gran peso, las autoridades gubernamentales así como diversas organizaciones no gubernamentales están impulsando la realización de proyectos que ayuden a consolidar un buen nivel de calidad de vida en la población, que impulse el desarrollo equitativo de ambos géneros. Esto habla de la posibilidad de que este sea un momento adecuado para impulsar proyectos como el presente.
- Creciente deseo de romper con el esquema de masculinidad imperante. Como distintas investigaciones lo han mostrado, se están generando cambios importantes que revelan fisuras en el modelo tradicional de masculinidad, basado en el machismo y arraigado en la cultura patriarcal. No es extraño conocer casos de hombres que han asumido con gran entusiasmo y solidaridad el embarazo de su pareja, buscando disfrutar del proceso de convertirse en padres, hablando incluso con gran entusiasmo y orgullo de su experiencia. Esto rompe con el modelo tradicional de masculinidad, que restringe a los hombres la posibilidad de desarrollar y expresar sentimientos intensos, dando muestras de la gestación de

nuevos modelos masculinos, más abiertos y menos rígidos, más solidarios y tolerantes, lo que habla de una mayor disposición al aprendizaje y a la ruptura con las conductas promovidas por el machismo, dando una buena posibilidad de incentivar las conductas protectoras y de disminuir las de riesgo.

- Deseo de comunidades y grupos organizados (empresas, asociaciones, etc.) de recibir información relativa a su salud. Muchas comunidades, sobre todo aquellas de zonas rurales que no tienen mucho acceso a servicios de salud, tienen interés en que grupos de profesionales en salud se acerquen a ellos y ellas para recibir información sobre salud mediante diversas técnicas: charlas, talleres, etc. Surgen así importantes opciones para hacer llegar información a grupos de población diversos, constituyéndose en una importante herramienta que permite aumentar la cobertura poblacional y la divulgación de la información.
- Cobertura de los Medios de comunicación colectiva. Estos brindan la posibilidad de llegar a muchas personas con características culturales y educativas muy diversas, además de que tienen una importante cobertura territorial. Constituyen una opción a tomar en cuenta para hacer llegar información de manera masiva, lo que habla de una posibilidad interesante de dar a conocer los nuevos servicios que se quieren impulsar.
- Percepción del profesional en salud como alguien con conocimiento técnico, que sabe lo que hace, que puede dar información confiable. Se hizo mención con anterioridad de la costumbre bastante extendida de consultar entre los pares los aspectos y dudas referentes a la sexualidad, debido a la inexistencia o el escaso acceso a fuentes fiables y en las que se siente que se puede consultar con confianza. En el caso de un servicio orientado a los hombres, el hecho de que esté integrado por profesionales en salud con sólidos conocimientos técnicos en cuanto a SSR, puede hacer que se le considere una opción de primer orden, una fuente de confianza a la cual acudir en caso de requerir información, en vez de acudir a las fuentes informales cuya información resulta poco confiable. Con esto, se lograría no solo orientar adecuadamente a los hombres que consulten en el servicio, sino que además se estaría combatiendo la divulgación de mitos y tergiversaciones referentes a distintos aspectos de la sexualidad, así como la costumbre de consultar con fuentes poco confiables.

VI. Referencias bibliográficas

- Abarca, H. (2000). “Discontinuidades en el modelo hegemónico de masculinidad”. En: Gogna, M. (comp.). Feminidades y Masculinidades. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Campos, A. y Salas, J. M. (2002a). Aspectos teórico conceptuales de la masculinidad. Retos en el siglo XXI. En Campos, A. y Salas, J.M. (compiladores). Masculinidades en Centro América. San José: Lara Segura Editores.
- Campos, A. y Salas, J. M. (2002b). La masculinidad en Costa Rica. El estado de la cuestión. Retos y perspectivas. En Campos, A. y Salas, J.M. (compiladores). Masculinidades en Centro América. San José: Lara Segura Editores.
- Cerruti, S. Y Behar, R. (1997). La travesía de la vida: una propuesta metodológica en Educación de la Sexualidad. Montevideo: OPS – OMS.
- Chelala, C. (2000). Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Interacción prestadores de servicios/usuarios(os): Eje fundamental de una buena atención en Salud Sexual y Reproductiva. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Eisner, E. (1998). El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa. Barcelona: Paidós.
- Fallas, H. (2000). “Un recorrido por la historia...Sexualidad ¿asunto privado? Artículo escrito a propósito del Primer Taller “Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia realizado en Nicaragua (abril, 2000). En: Fallas, H. y Valverde, O. (2000). Sexualidad y Salud Sexual Reproductiva en la Adolescencia. Módulo de capacitación para personal de salud. Guía metodológica. San José: Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Departamento de Medicina Preventiva. Caja Costarricense del Seguro Social.
- Fallas, H. y Valverde, O. (2000). Sexualidad y Salud Sexual Reproductiva en la Adolescencia. Módulo de capacitación para personal de salud. Guía metodológica. San José: Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Departamento de Medicina Preventiva. Caja Costarricense del Seguro Social.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (s.a.). Acción para promover el cambio. Población, Potenciación, Desarrollo. New York: FNUAP.
- Garita, C. (2001). La construcción de las masculinidades. Un reto para la salud de los adolescentes. San José: Programa Atención Integral de la Adolescencia (P.A.I.A.), Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) /

Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) / (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) / Fondo de Población de la Naciones Unidas (U.N.F.P.A.) / Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (Asdi).

- Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental - IPPF/RHO y AVSC International (1999). Memorias del simposio Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas. Nueva York: IPPF/RHO y AVSC International.
- Hatcher, R., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J. y Shelton, J. (1999). Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore: Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población.
- Kaufman, M. (1989). Hombres placer, poder y cambio. Santo Domingo: Centro de Investigación para la Acción Femenina (CIPAF)
- Lagarde, M. (1992). Identidad de género. Managua.
- Lagarde, M. (1993). Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lagarde, M. (1999). Una mirada feminista en el umbral del milenio. Heredia, C.R.: Instituto de Estudios de la Mujer.
- Lundgren, R. (2000). Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Familia y Población.
- MINSA, OPS, OMS, ASDI. (2001). Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes Varones de Nicaragua. Managua: MINSA, OPS, OMS, ASDI.
- Ndong, I. y Finger, W. R. (1998). Responsabilidad respecto a la salud de la reproducción. En Network en español. Vol. 18. No. 3. North Carolina: Family Health International.
- Organización Panamericana de la Salud. (1993). Informe de discusiones técnicas sobre planificación familiar y políticas de población. Washington D.C.: OPS.
- OPS/GTZ (2002). Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva en Centroamérica. Protocolo de investigación. (n.l.). Organización Panamericana de la Salud (OPS), Deutsche Gessellschaft Fur Technische Zusammenarbeit (GTZ).

- Population Information Program (1992). Vasectomía: Nuevas Oportunidades. En: Population Reports. Volumen XX, Número 1. Serie D, Número 5. Esterilización masculina. Marzo de 1992. Baltimore: Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University.
- Proyecto Promoción de la Salud Integral de la Mujer -PROSIM (1999). “Todo hombre es bandido...”. Conocimientos, actitudes y prácticas de varones sobre salud sexual y reproductiva. Managua: PROSIM-GTZ.
- Valdés, T. y Olavarría, J. (1998). Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo un mismo modelo. En Valdés, T. y Olavarría, J. (editores). Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago: FLACSO-Chile.
- Valverde, O. y Vega, M. (1998). Plan preliminar pára la promoción de los derechos de las niñas y las adolescentes. Documento preliminar inédito resultante del proceso de consultoría. San José: UNICEF – INAMU.
- Valverde, O., Vega, M., Rigioni, M. E., Solano, A. C., y Solano, E. (2002). Toques para estar en todas: módulo socioeducativo para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes. San José: PAIA – Programa Atención Integral de la Adolescencia, Departamento de Medicina Preventiva, Caja Costarricense del Seguro Social.
- Viveros, M. (1998). Quebradores y cumplidores: biografías diversas de la masculinidad. En Valdés, T. y Olavarría, J. (editores). Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago: FLACSO-Chile.
- Wulf, D., y Perrow, F. (2001) Salud reproductiva. Paquete informativo. Londres: Marie Stopes International.

ENTREVISTAS PERSONALES

- Dra. Ileana Quirós, Jefa Sección Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, 28 de octubre del 2002.
- Dra. Xenia Sancho, Sub-Jefa Sección Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, 28 de octubre del 2002.
- Dr. José Miguel Angulo Castro, Jefe Sección Salud del Adulto del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, 30 de octubre del 2002.

- Licda. Yenory Thomas, Enfermera con especialidad en salud de la mujer y perinatología, Funcionaria de la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia. Turrialba, 30 de octubre del 2002.
- Dr. Raimundo Rigioni Bolaños, Médico ginecólogo, Funcionario de la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia. Turrialba, 31 de octubre del 2002.
- Licda. María Isabel Ramírez Alvarado, Trabajadora Social del Hospital de Turrialba y miembro de la Comisión de Anticoncepción Quirúrgica. Turrialba, 31 de octubre del 2002.
- Dr. Oscar Cerdas Salas, Médico Ginecólogo Hospital San Juan de Dios, Realizador de las vasectomías en la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, Turrialba. San José, 3 de diciembre del 2002.

VII. Anexos

Anexo 1

Listado de personas entrevistadas

- Dra. Ileana Quirós Rojas; Jefe de Sección Salud de la Mujer, Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Dra. Xenia Sancho Mora; Médica Asistente de Sección Salud de la Mujer, Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Dr. José Miguel Angulo Castro; Jefe de Sección Salud del Adulto, Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Dra. Sandra Rojas Alvarado; Directora Hospital William Allen, Turrialba.
- Dra. Ana Viria Solís; Coordinadora Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, Turrialba.
- Dr. Raimundo Rigioni Bolaños; Médico Ginecólogo Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, Turrialba.
- Licda. Yenory Thomas; Enfermera Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, Turrialba.
- Licda. María Isabel Ramírez Alvarado,; Trabajadora Social Hospital William Allen, Miembro de la Comisión de Anticoncepción Quirúrgica Turrialba.
- Dr. Oscar Cerdas Salas, Médico Ginecólogo Hospital San Juan de Dios, Realizador de las vasectomías en la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, Turrialba.

** NOTA: No se han citado aquí por razones de protección de la identidad los dos hombres usuarios de servicios.

Anexo 2

Guiones de entrevistas

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA AUTORIDADES INSTITUCIONALES EN EL NIVEL TÉCNICO

INSTANCIA DE LA CCSS: _____

PERSONA ENTREVISTADA: _____

CARGO: _____ FECHA: _____

- **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD**

1. ¿Cómo se concibe la atención de la salud del adulto desde un enfoque de género?
2. ¿Cómo se materializa ese enfoque en los distintos niveles de atención de la CCSS?
3. ¿Qué tipo de acciones desarrolla el programa de salud del adulto desde el nivel central para integrar el enfoque de género a la atención de la salud de la población adulta de Costa Rica?
4. ¿Qué tipo de relación se establece con el programa de salud de la mujer?

- **CONOCIMIENTOS ACERCA DEL TEMA DE GÉNERO Y MASCULINIDAD**

5. ¿Qué sabe usted acerca del tema de género y masculinidad?
6. ¿Qué tipo de acciones son desarrolladas o promovidas por el programa salud del adulto y que tienen relación directa con el tema de género y masculinidad?

- **ENFOQUES RECTORES (MANIFIESTOS O LATENTES) EN LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS (CON ESPECIFICIDAD EN EL HOMBRE)**

7. ¿Qué acciones de atención de la salud del adulto son desarrolladas con especificidad para el hombre en los distintos niveles de atención de la CCSS?
8. ¿Cuáles diría usted son los enfoques rectores que guían las distintas acciones y prácticas institucionales que se desarrollan orientadas a la atención en salud de la población masculina?
9. ¿Cuáles diría usted que son las áreas prioritarias que deben contemplarse en la atención de la salud (preventiva y paliativa) de la población masculina? ¿Por qué?

▪ **CREENCIAS Y ACTITUDES RESPECTO DE LA MASCULINIDAD Y SU RELACIÓN CON LA SSR DE LOS VARONES**

10. ¿Qué relación cree usted que existe entre la configuración de las identidades masculinas y la salud sexual y reproductiva de los varones?

11. ¿Considera usted que debe contemplarse la construcción sociocultural de las identidades masculinas, para mejorar la atención integral de la salud y de la SSR específicamente de los varones?, ¿de qué manera puede contemplarse esto en las acciones que se desarrollan en los distintos niveles de atención y desde el programa que usted dirige?

▪ **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SSR CON POBLACIÓN MASCULINA**

12. ¿Cuál considera usted debería ser la participación de los hombres en los servicios de planificación familiar?, ¿en el momento actual se está dando esa participación tal como usted la concibe?, ¿por qué?, ¿qué se está haciendo desde el nivel central del Programa de Salud del Adulto para transitar hacia esa concepción?

13. ¿En el momento actual, cómo participan los hombres en la atención de su salud sexual y reproductiva?, ¿qué factores están interviniendo en la forma en que participan los hombres en la atención de su propia salud sexual y reproductiva?

14. ¿Qué papel tienen actualmente los prestadores de servicio en la atención de la salud sexual y reproductiva de los hombres?

▪ **INTERÉS INSTITUCIONAL POR EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR DEL HOMBRE**

15. ¿Desde los objetivos del Programa de Salud del Adulto existe algún interés en que se establezcan servicios de atención integral de la SSR de los hombres?, ¿por qué?

16. ¿Para las autoridades de la CCSS será importante, según su criterio, el establecimiento de servicios diferenciados para hombres en torno a la atención integral de su SSR?, ¿por qué?

▪ **OBSTÁCULOS, LIMITACIONES Y AMENAZAS PARA POTENCIALES SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES**

▪ **FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN, ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESPECÍFICO Y SUS FUNCIONARIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES**

▪ **FORMA EN QUE SE VISUALIZA UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES DENTRO DE UN ESTABLECIMIENTO ESPECÍFICO Y DENTRO DE LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL**

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS INSTITUCIONALES EN EL NIVEL TÉCNICO

• CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD

1. ¿Cómo concibe la atención de la salud de las personas desde un enfoque de género?
2. ¿Cómo se materializa ese enfoque en el primer nivel de atención, en el hospital y en la Clínica Integrada?, ¿qué tipo de acciones se desarrollan en estos niveles de atención para integrar ese enfoque en la atención de la salud de la población?

▪ CONOCIMIENTOS ACERCA DEL TEMA DE GÉNERO Y MASCULINIDAD

3. ¿Qué sabe usted acerca del tema de género y masculinidad?
4. ¿Qué tipo de acciones son desarrolladas o promovidas por la Clínica Integrada en relación directa con el tema de género y masculinidad?
5. ¿De dónde surgen estas iniciativas?, ¿qué premisas las sostienen?

▪ ENFOQUES RECTORES (MANIFIESTOS O LATENTES) EN LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS (CON ESPECIFICIDAD EN EL HOMBRE)

6. ¿Qué acciones desarrolladas por la Clínica Integrada integra a la población masculina?, ¿cuál es el papel o la participación de los usuarios en esas acciones?
7. ¿Qué acciones de atención de la salud son desarrolladas con especificidad para el hombre en la Clínica Integrada?
8. ¿Cuáles diría usted son los enfoques rectores que guían las distintas acciones y prácticas institucionales que se desarrollan orientadas a la atención en salud de la población masculina?
9. ¿Cuáles diría usted que son las áreas prioritarias que deben contemplarse en la atención de la salud (preventiva y paliativa) de la población masculina? ¿Por qué?

▪ CREENCIAS Y ACTITUDES RESPECTO DE LA MASCULINIDAD Y SU RELACIÓN CON LA SSR DE LOS VARONES

10. ¿Qué relación cree usted que existe entre la configuración de las identidades masculinas y la salud sexual y reproductiva de los varones?
11. ¿Considera usted que debe contemplarse la construcción sociocultural de las identidades masculinas, para mejorar la atención integral de la salud y de la SSR específicamente de los varones?, ¿de qué manera puede contemplarse esto en las acciones que se desarrollan en el nivel primario de atención, en la atención hospitalaria y en la Clínica Integrada específicamente?

▪ **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SSR CON POBLACIÓN MASCULINA / PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD O IMPORTANCIA QUE TIENE LA PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN EL CONTROL DE LA FECUNDIDAD DE UNA PAREJA.**

12. ¿Cuál considera usted debería ser la participación de los hombres en los servicios de planificación familiar?, ¿en el momento actual se está dando esa participación tal como usted la concibe?, ¿por qué?, ¿qué se está haciendo desde la Clínica Integrada y desde la Dirección del Hospital para transitar hacia esa concepción?
13. ¿En el momento actual, cómo participan los hombres en la atención de su salud sexual y reproductiva?, ¿qué factores están interviniendo en la forma en que participan los hombres en la atención de su propia salud sexual y reproductiva?
14. ¿Qué papel tienen actualmente los prestadores de servicio en la atención de la salud sexual y reproductiva de los hombres?

▪ **PERCEPCIONES RESPECTO DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VASECTOMÍA**

15. ¿Qué considera usted, desde su experiencia, que hace a un hombre optar por la vasectomía?, ¿qué variables intervienen en el proceso de toma de decisiones?
16. Si yo le pidiera que intente darme un perfil general del tipo de hombre que opta por la vasectomía, usted ¿qué me diría?
17. ¿Qué piensa usted de un hombre que ha tomado esa decisión?, ¿por qué?
18. ¿Cuáles cree usted que son los principales mitos, temores, creencias, etc. Que enfrenta un hombre frente a la decisión de realizarse la vasectomía o no?, a pesar de esos temores ¿cómo cree usted que los hombres que se han operado lidian con esos fantasmas?

▪ **ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE HOMBRES EN UN SERVICIO DE VASECTOMÍA**

19. Cuénteme ¿cómo es el proceso que vive un usuario desde el primer contacto con el servicio de la Clínica Integrada hasta la vasectomía y su seguimiento?
20. ¿Cómo participa usted en ese proceso?

▪ **INTERÉS INSTITUCIONAL POR EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR DEL HOMBRE**

21. ¿Desde los objetivos del Programa de Salud del Adulto existe algún interés en que se establezcan servicios de atención integral de la SSR de los hombres?, ¿por qué?
22. ¿Para las autoridades de la CCSS será importante, según su criterio, el establecimiento de servicios diferenciados para hombres en torno a la atención integral de su SSR?, ¿por qué?

- **OBSTÁCULOS, LIMITACIONES Y AMENAZAS PARA POTENCIALES SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES**
- **FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN, ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESPECÍFICO Y SUS FUNCIONARIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES**
- **FORMA EN QUE SE VISUALIZA UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES DENTRO DE UN ESTABLECIMIENTO ESPECÍFICO Y DENTRO DE LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL**

Anexo 3

Guiones para el desarrollo de grupos focales.

GUIÓN PARA EL DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL USUARIOS DEL SERVICIO DE VASECTOMÍA (LISTA DE ESPERA)

▪ **CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO DE LA MASCULINIDAD**

1. ¿Qué se nos ha dicho acerca de lo que significa ser hombre?
2. ¿qué significa entonces ser hombre?, ¿cómo podemos definir que un hombre es verdaderamente hombre?
3. ¿de qué maneras un hombre aprende a ser hombre?, ¿de qué forma lo aprendimos?
4. ¿ser hombre siempre ha significado e implicado lo mismo en diferentes momentos históricos?, ¿qué cambios ha habido, si los ha habido, en cuanto al ser hombre entre las distintas generaciones?, ¿qué tipo de cambios observan entre sus padres y ellos?
5. ¿qué aspectos implicados en el ser hombre nos hacen sentir autorrealizados como seres humanos?, ¿qué es lo que nos gusta de ser hombres?.
6. ¿qué aspectos implicados en el ser hombre nos hace sentir mal, incómodos, frustrados, enojados y no realizados?
7. ¿qué aspectos nos gustaría asumir de las mujeres y que no asumiríamos de ninguna forma?, ¿por qué?

▪ **CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO DE LA PATERNIDAD**

8. ¿Existe relación entre el ser hombre y el ser padre?
9. ¿qué significa ser padre?, ¿cómo podemos definir que un hombre es un buen padre?
10. ¿de qué maneras un hombre aprende a ser padre?, ¿de qué forma lo aprendimos?
11. En el momento actual ¿qué significa ser un buen padre?, ¿qué cambios ha habido, si los ha habido, en cuanto al ser padre entre las distintas generaciones?, ¿qué tipo de cambios observan entre sus padres y ellos?
12. ¿Qué diferencia existe ente ser padre y ser madre?
13. ¿Qué dificultades existen ahora para ser buenos padres?
14. ¿Qué aspectos implicados en el ser padre nos hace sentir mal, incómodos, frustrados, enojados y no realizados?

15. ¿Qué nos hace sentir bien del ser padres?

▪ **CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO DE LA SSR**

16. ¿Qué entendemos o sabemos sobre la salud sexual y reproductiva?

17. ¿Cómo cuidan los hombres en general su SSR?, ¿Qué tipo de apoyo o asistencia buscan los hombres para desarrollar las estrategias de cuidado de la SSR?, ¿Por qué los hombres “cuidan” su SSR de esa manera?, ¿Qué relación existe entre esta manera de “cuidar” su SSR y su “ser hombre”?

18. ¿Qué significa cuidar la SSR?, ¿Cómo debería actuar una persona responsable con su SSR?

19. ¿Qué papel juega la pareja en la SSR?, ¿La planificación familiar es parte de “cuidar” la SSR?, ¿Por qué?, ¿Qué lugar ocupa la decisión de realizarse la vasectomía en cuanto a la SSR de su pareja y de ellos?.

▪ **INQUIETUDES Y NECESIDADES RESPECTO DE SU SSR**

20. ¿Cuáles dirían ustedes son las principales necesidades e inquietudes de los hombres en cuanto a su salud en general y a su SSR en específico?

▪ **FORMAS EN QUE SATISFACEN SUS NECESIDADES E INQUIETUDES REFERIDAS A SU SSR**

21. ¿De qué forma los hombres, cotidianamente, satisfacen sus principales necesidades e inquietudes en cuanto a su salud en general y a su SSR en específico?

22. ¿Qué papel juegan los servicios de salud?, ¿Por qué creen que esto se de así?

23. ¿Qué acciones desarrollan los servicios de salud, específicamente EBAIS, área de salud, Hospital y Clínica Integrada para apoyar al hombre en el cuidado de su salud?

▪ **FORMAS EN QUE LES GUSTARÍA PODER SATISFACER SUS NECESIDADES E INQUIETUDES REFERIDAS A SU SSR**

24. ¿De qué forma les gustaría a los hombres, a ustedes, satisfacer sus principales necesidades e inquietudes en cuanto a su salud en general y a su SSR en específico?

25. ¿Creen que sería importante y deseable que los servicios de salud procuren responder a esas necesidades e inquietudes?, ¿de qué forma?

▪ **TEMORES, PREOCUPACIONES, CREENCIAS E INQUIETUDES RESPECTO DE LA VASECTOMÍA**

26. ¿Qué cosas se dicen en los distintos ambientes en los que nos movemos acerca de la vasectomía y los hombres que se la realizan?

27. ¿Cuáles creen que son los principales mitos, temores, creencias, etc. que enfrenta un hombre frente a la decisión de realizarse la vasectomía o no?, ¿han operado en ustedes?, ¿cómo han lidiado con esos elementos?
28. ¿Qué los ha llevado a ustedes a optar por la vasectomía frente a otras posibilidades?, ¿qué variables han intervenido en su proceso de toma de decisiones?
29. ¿Qué les dice la gente en general y otros hombres en específico respecto de su decisión?, ¿por qué?
30. ¿Cómo se enteraron de esta posibilidad?
- **PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS (CON ESPECIFICIDAD EN EL HOMBRE)**
31. ¿Cómo valoran o evalúan los servicios que se ofrecen al hombre para que cuide de su salud en general y de su SSR en específico?
- **VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE VASECTOMÍA**
32. ¿Cómo valoran la atención que han recibido de la Clínica en este proceso de decisión de realizarse la vasectomía?, ¿qué procesos han vivido?, ¿les ha ayudado a disipar dudas, temores?, ¿les ha ayudado a terminar de tomar la decisión y mantenerse firme en ella?
- **OBSTÁCULOS, LIMITACIONES Y AMENAZAS (INTERNAS Y EXTERNAS) PARA ASISTIR Y UTILIZAR SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES**
33. ¿Qué características del servicio que dan los EBAIS, el área, el hospital o la Clínica obstaculizan el acceso de los hombres a estos servicios?
34. ¿Qué características de la población masculina obstaculizan que esta pueda acceder a los servicios de salud?
- **FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN, ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESPECÍFICO Y SUS FUNCIONARIOS PARA QUE LOS HOMBRES ASISTAN Y UTILICEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR**
35. ¿Qué características del servicio que dan los EBAIS, el área, el hospital o la Clínica favorecen el acceso de los hombres a estos servicios?
- **FORMA EN QUE SE VISUALIZA UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES DENTRO DE UN ESTABLECIMIENTO ESPECÍFICO**

GUIÓN PARA EL DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL DE USUARIOS DEL SERVICIO DE VASECTOMÍA (VASECTOMIZADOS)

▪ CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO DE LA MASCULINIDAD

1. ¿Qué se nos ha dicho acerca de lo que significa ser hombre?
2. ¿qué significa entonces ser hombre?, ¿cómo podemos definir que un hombre es verdaderamente hombre?
3. ¿de qué maneras un hombre aprende a ser hombre?, ¿de qué forma lo aprendimos?
4. ¿ser hombre siempre ha significado e implicado lo mismo en diferentes momentos históricos?, ¿qué cambios ha habido, si los ha habido, en cuanto al ser hombre entre las distintas generaciones?, ¿qué tipo de cambios observan entre sus padres y ellos?
5. ¿qué aspectos implicados en el ser hombre nos hacen sentir autorrealizados como seres humanos?, ¿qué es lo que nos gusta de ser hombres?.
6. ¿qué aspectos implicados en el ser hombre nos hace sentir mal, incómodos, frustrados, enojados y no realizados?
7. ¿qué aspectos nos gustaría asumir de las mujeres y que no asumiríamos de ninguna forma?, ¿por qué?

▪ CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO DE LA PTERNIDAD

8. ¿Existe relación entre el ser hombre y el ser padre?
9. ¿qué significa ser padre?, ¿cómo podemos definir que un hombre es un buen padre?
10. ¿de qué maneras un hombre aprende a ser padre?, ¿de qué forma lo aprendimos?
11. En el momento actual ¿qué significa ser un buen padre?, ¿qué cambios ha habido, si los ha habido, en cuanto al ser padre entre las distintas generaciones?, ¿qué tipo de cambios observan entre sus padres y ellos?
12. ¿Qué diferencia existe ente ser padre y ser madre?
13. ¿Qué dificultades existen ahora para ser buenos padres?
14. ¿Qué aspectos implicados en el ser padre nos hace sentir mal, incómodos, frustrados, enojados y no realizados?
15. ¿Qué nos hace sentir bien del ser padres?

▪ **CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO DE LA SSR**

16. ¿Qué entendemos o sabemos sobre la salud sexual y reproductiva?
17. ¿Cómo cuidan los hombres en general su SSR?, ¿Qué tipo de apoyo o asistencia buscan los hombres para desarrollar las estrategias de cuidado de la SSR?, ¿Por qué los hombres “cuidan” su SSR de esa manera?, ¿Qué relación existe entre esta manera de “cuidar” su SSR y su “ser hombre”?
18. ¿Qué significa cuidar la SSR?, ¿Cómo debería actuar una persona responsable con su SSR?

▪ **PERCEPCIÓN DE LA CORRESPONSABILIDAD MASCULINA EN EL CONTROL DE LA NATALIDAD Y EL CUIDADO DE LA SSR**

19. ¿Qué papel juega la pareja en la SSR?, ¿La planificación familiar es parte de “cuidar” la SSR?, ¿Por qué?, ¿Qué lugar ocupa la decisión de realizarse la vasectomía en cuanto a la SSR de su pareja y de ellos?.
20. ¿Qué papel juega el hombre en la planificación familiar y la SSR de la pareja?

▪ **INQUIETUDES Y NECESIDADES RESPECTO DE SU SSR**

21. ¿Cuáles dirían ustedes son las principales necesidades e inquietudes de los hombres en cuanto a su salud en general y a su SSR en específico?

▪ **FORMAS EN QUE SATISFACEN SUS NECESIDADES E INQUIETUDES REFERIDAS A SU SSR**

22. ¿De qué forma los hombres, cotidianamente, satisfacen sus principales necesidades e inquietudes en cuanto a su salud en general y a su SSR en específico?
23. ¿Qué papel juegan los servicios de salud?, ¿Por qué creen que esto se de así?
24. ¿Qué acciones desarrollan los servicios de salud, específicamente EBAIS, área de salud, Hospital y Clínica Integrada para apoyar al hombre en el cuidado de su salud?

▪ **FORMAS EN QUE LES GUSTARÍA PODER SATISFACER SUS NECESIDADES E INQUIETUDES REFERIDAS A SU SSR**

25. ¿De qué forma les gustaría a los hombres, a ustedes, satisfacer sus principales necesidades e inquietudes en cuanto a su salud en general y a su SSR en específico?
26. ¿Creen que sería importante y deseable que los servicios de salud procuren responder a esas necesidades e inquietudes?, ¿de qué forma?

▪ **TEMORES, PREOCUPACIONES, CREENCIAS E INQUIETUDES RESPECTO DE LA VASECTOMÍA**

27. ¿Qué cosas se dicen en los distintos ambientes en los que nos movemos acerca de la vasectomía y los hombres que se la realizan?
28. ¿Cuáles creen que son los principales mitos, temores, creencias, etc. que enfrenta un hombre frente a la decisión de realizarse la vasectomía o no?, ¿han operado en ustedes?, ¿cómo han lidiado con esos elementos?
29. ¿Qué los ha llevado a ustedes a optar por la vasectomía frente a otras posibilidades?, ¿qué variables han intervenido en su proceso de toma de decisiones?
30. ¿Qué les dice la gente en general y otros hombres en específico respecto de su decisión?, ¿por qué?
31. ¿Cómo se enteraron de esta posibilidad?
 - **PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS (CON ESPECIFICIDAD EN EL HOMBRE)**
32. ¿Cómo valoran o evalúan los servicios que se ofrecen al hombre para que cuide de su salud en general y de su SSR en específico?
 - **VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE VASECTOMÍA**
33. ¿Cómo valoran la atención que han recibido de la Clínica en este proceso de decisión de realizarse la vasectomía?, ¿qué procesos han vivido?, ¿les ha ayudado a disipar dudas, temores?, ¿les ha ayudado a terminar de tomar la decisión y mantenerse firme en ella?
 - **OBSTÁCULOS, LIMITACIONES Y AMENAZAS (INTERNAS Y EXTERNAS) PARA ASISTIR Y UTILIZAR SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES**
34. ¿Qué características del servicio que dan los EBAIS, el área, el hospital o la Clínica obstaculizan el acceso de los hombres a estos servicios?
35. ¿Qué características de la población masculina obstaculizan que esta pueda acceder a los servicios de salud?
 - **FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN, ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESPECÍFICO Y SUS FUNCIONARIOS PARA QUE LOS HOMBRES ASISTAN Y UTILICEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR**
36. ¿Qué características del servicio que dan los EBAIS, el área, el hospital o la Clínica favorecen el acceso de los hombres a estos servicios?
 - **FORMA EN QUE SE VISUALIZA UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES DENTRO DE UN ESTABLECIMIENTO ESPECÍFICO**

GUIÓN PARA EL DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL USUARIOS DEL SERVICIO DE VASECTOMÍA (PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD)

- **CREENCIAS Y ACTITUDES RESPECTO DE LA MASCULINIDAD Y SU RELACIÓN CON LA SSR DE LOS VARONES**
 - ¿Qué se nos ha dicho acerca de lo que significa ser hombre?
 - ¿qué significa entonces ser hombre?, ¿cómo podemos definir que un hombre es verdaderamente hombre?
 - ¿de qué maneras un hombre aprende a ser hombre?
 - ¿ser hombre siempre ha significado e implicado lo mismo en diferentes momentos históricos?, ¿qué cambios ha habido, si los ha habido, en cuanto al ser hombre entre las distintas generaciones?, ¿qué tipo de cambios HAN observado?
 - ¿qué aspectos implicados en el ser hombre determinan la forma en que los varones viven y protegen o no su SSR?.

- **CONOCIMIENTOS ACERCA DEL TEMA DE GÉNERO Y MASCULINIDAD**
 - ¿Qué conocen acerca del tema de género y masculinidad?
 - ¿Dónde lo han aprendido?
 - ¿Les parece importante conocer sobre este tema en lo que respecta a la salud de las personas? ¿Por qué?

- **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD**
 - ¿Qué significa ofrecer servicios de salud desde o con enfoque de género?
 - ¿Qué tipo de acciones que desarrollan ustedes poseen un enfoque de género?
 - ¿Cuál es la importancia que tiene integrar el enfoque de género en la atención de las personas?

- **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SSR CON POBLACIÓN MASCULINA**
 - ¿Qué aspectos deben ser tomados en cuenta para atender en forma adecuada e integral la SSR de la población masculina?
 - ¿Qué tipo de acciones se desarrollan en los niveles en que ustedes trabajan para proveer servicios de calidad en SSR con la población masculina?

- ¿qué tipo de problemas enfrentamos al tratar de brindar un servicio de calidad a los hombres?
- ¿Cómo valoran o evalúan los servicios que se ofrecen al hombre para que cuide de su salud en general y de su SSR en específico?
- **PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD O IMPORTANCIA QUE TIENE LA PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN EL CONTROL DE LA NATALIDAD**
 - ¿Qué papel juega el hombre en la SSR de la pareja humana?,
 - ¿Qué papel juega el hombre en la planificación familiar?
 - ¿Tiene algún sentido integrar al hombre en los servicios de planificación familiar?, ¿Cuál?
 - ¿Cuál considera usted debería ser la participación de los hombres en los servicios de planificación familiar?, ¿en el momento actual se está dando esa participación tal como usted la concibe?, ¿por qué?, ¿qué se está haciendo desde los servicios que ustedes brindan para transitar hacia esa concepción?
 - ¿En el momento actual, cómo participan los hombres en la atención de su salud sexual y reproductiva?, ¿qué factores están interviniendo en la forma en que participan los hombres en la atención de su propia salud sexual y reproductiva?
 - ¿Qué papel tienen ustedes como prestadores de servicio en la atención de la salud sexual y reproductiva de los hombres?
- **ENFOQUES RECTORES (MANIFIESTOS O LATENTES) EN LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS (CON ESPECIFICIDAD EN EL HOMBRE)**
 - ¿Qué acciones desarrolladas por ustedes integra a la población masculina?, ¿cuál es el papel o la participación de los usuarios en esas acciones?
 - ¿Qué acciones de atención de la salud son desarrolladas con especificidad para el hombre en los servicios que ustedes brindan?
 - ¿Cuáles diría usted son los enfoques rectores que guían las distintas acciones y prácticas institucionales que se desarrollan orientadas a la atención en salud de la población masculina?
 - ¿Cuáles diría usted que son las áreas prioritarias que deben contemplarse en la atención de la salud (preventiva y paliativa) de la población masculina? ¿Por qué?
- **PERCEPCIONES RESPECTO DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VASECTOMÍA**
 - ¿Qué considera usted, desde su experiencia, que hace a un hombre optar por la vasectomía?, ¿qué variables intervienen en el proceso de toma de decisiones?

- Si yo le pidiera que intente darme un perfil general del tipo de hombre que opta por la vasectomía, usted ¿qué me diría?
- ¿Qué piensa usted de un hombre que ha tomado esa decisión?, ¿por qué?
- ¿Cuáles cree usted que son los principales mitos, temores, creencias, etc. que enfrenta un hombre frente a la decisión de realizarse la vasectomía o no?, a pesar de esos temores ¿cómo cree usted que los hombres que se han operado lidian con esos fantasmas?
- **ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE HOMBRES EN UN SERVICIO DE VASECTOMÍA**
- Cuéntenme ¿cómo es el proceso que vive un usuario desde el primer contacto con el servicio de salud hasta la vasectomía y su seguimiento?
- ¿Cómo participan ustedes en ese proceso?
- **INTERÉS INSTITUCIONAL POR EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR DEL HOMBRE**
- ¿Desde su experiencia en los servicios de salud consideran que existe algún interés en que se establezcan servicios de atención integral de la SSR de los hombres?, ¿por qué?
- ¿Para las autoridades de la CCSS será importante, según su criterio, el establecimiento de servicios diferenciados para hombres en torno a la atención integral de su SSR?, ¿por qué?
- ¿Ustedes creen que sea importante establecer servicios de atención integral de la SSR del hombre?, ¿por qué?, ¿qué exigiría eso de ustedes?, ¿sería posible que ustedes aporten eso en su práctica cotidiana?
- **OBSTÁCULOS, LIMITACIONES Y AMENAZAS PARA POTENCIALES SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES**
- ¿Qué características del servicio que dan los EBAIS, el área, el hospital o la Clínica obstaculizan el acceso de los hombres a estos servicios?
- ¿Qué características de la población masculina obstaculizan que esta pueda acceder a los servicios de salud?
- **FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN, ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESPECÍFICO Y SUS FUNCIONARIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES**
- ¿Qué características del servicio que dan los EBAIS, el área, el hospital o la Clínica favorecen el acceso de los hombres a estos servicios?

- ¿Qué áreas de oportunidad podrían tomarse en cuenta para establecer y fortalecer los servicios de atención integral de la SSR de los varones?
- **FORMA EN QUE SE VISUALIZA UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR CON VARONES DENTRO DE UN ESTABLECIMIENTO ESPECÍFICO**

Anexo 4

Instrumento de encuesta para prestadores de servicios.

EBAIS: _____

Boleta No. _____

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL - DIRECCIÓN TÉCNICA DE
SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA - SECCIÓN SALUD DE LA MUJER

ENCUESTA A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

*Masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva: Creencias, actitudes y prácticas
en usuarios y prestadores de Servicio.
El caso del Área de Salud Turrialba-Jiménez*

INTRODUCCIÓN.

Buenos días/tardes

La Sección Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, está realizando una encuesta entre usuarios y prestadores de los servicios de salud sobre salud sexual y reproductiva, masculinidad y servicios dirigidos a varones.

Las respuestas que usted nos dé, son confidenciales y anónimas y serán de gran utilidad para fortalecer y mejorar los servicios de salud que se le brindan a los hombres de ésta y otras comunidades del país, por lo que agradecemos su cooperación. ¡Muchas Gracias!

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES

1. ¿Cuál es su sexo? 1. Masculino 2. Femenino 99. NS/NR

2. ¿Cuál es su edad actual? _____ 99. NS/NR

3. Su estado civil actual es

1. Soltero 3. Separado 4. Divorciado 6. Viudo
2. Casado (Pase a pregunta 5) 5. Unión Libre (pase a pregunta 5)
99. NS/NR

4. ¿Tiene usted una pareja estable en este momento?

1. SI 2. NO 99. NS/NR

5. ¿Tiene usted hijos?

1. SI 2. NO (pase a pregunta 9) 99. NS/NR

6. ¿Cuántos hijos tiene? _____ 99. NS/NR
7. Edad del último _____ 99. NS/NR
8. ¿Desea tener más hijos?
1. SI 2. NO 99. NS/NR

9. ¿Desearía tener hijos? (SOLO PARA LOS QUE NO TIENEN HIJOS)

1. SI 2. NO 99. NS/NR

10. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que usted aprobó?

1. Nunca estudió y no sabe leer 2. Nunca estudió pero sabe leer
3. Primaria incompleta 4. Primaria completa
5. Secundaria incompleta 6. Secundaria completa
7. Parauniversitaria incompleta 8. Parauniversitaria completa
9. Universitaria incompleta 10. Universitaria completa
99. NS/NR

PERCEPCIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN CUANTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE HOMBRES

11. ¿Cuál es su función dentro del Área de Salud?

1. ATAP
2. Enfermero (a)
3. Auxiliar de enfermería
4. Médico(a) asistente general (EBAIS)
5. Médico(a) asistente general (Equipo Apoyo)
6. Médico(a) asistente especialista
7. Técnico(a) de laboratorio
8. Microbiólogo(a)
9. Técnico(a) de farmacia
10. Farmacéutico(a)
11. Trabajador (a) Social
12. Psicólogo (a)
13. Encargado (a) de registros médicos
14. Otro ¿Cuál? _____
99. NS/NR

12. ¿Qué tipo de población prefiere usted atender? (elija sólo dos opciones)

1. Niños 2. Niñas
3. Adolescentes varones 4. Adolescentes mujeres
5. Hombres adultos 6. Mujeres adultas
7. Adultos mayores 8. Adultas Mayores
99. NS/NR

13. ¿Por qué? _____ 99. NS/NR

14. Dentro de su desempeño como prestador (a) de servicios de salud, existe alguna actividad en la que haya participación masculina?

1. SI 2. NO (pase a pregunta 17) 99. NS/NR

15. ¿Cuáles son esas actividades? _____

99. NS/NR

16. Cuando usted tiene contacto con hombres en el servicio ¿qué tipo de actividades desarrolla de forma rutinaria?

1. Historia Clínica
2. Examen físico completo
3. Evaluación peso/talla
4. Toma de signos vitales
5. Consejería Salud Sexual y Reproductiva
6. Educación y promoción de la salud
7. Otro _____
99. NS/NR

17. ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes de la población masculina?

1. Traumatismos
2. Infecciosas Y Parasitarias
3. Tumores
4. Enfermedades Hematopoyéticas y Sangre
5. Enfermedades Endocrinas y Metabólicas
6. Trastornos mentales
7. Enfermedades del Sistema Nervioso
8. Enfermedades del Ojo y anexos
9. Enfermedades del Oído y Mastoides
10. Enfermedades del Sistema Circulatorio
11. Enfermedades del Sistema Respiratorio
12. Enfermedades del Sistema Digestivo
13. Enfermedades de Piel y Subcutáneo
14. Enfermedades del Sistema Osteomuscular
15. Enfermedades del Sistema Genitourinario
16. Causas externas de morbilidad
17. Signos y síntomas varados (cefalea , dolor de pecho o abdominal, náuse o vómito, etc.)
99. NS/NR

18. ¿Qué tipo de características de la población masculina le molestan dentro de sus labores como prestador(a) de servicios de salud?

_____ 99. NS/NR

19. ¿Existen, en el área de salud que usted labora, estrategias definidas y específicas para la promoción de la salud en la población masculina?

1. SI 2. NO (pase a pregunta 21) 99. NS/NR

20. ¿Cuáles?

_____ 99. NS/NR

21. ¿Cuáles son las principales dificultades que usted ha enfrentado en el contacto con hombres dentro de los servicios de salud?

_____ 99. NS/NR

22. ¿Qué barreras de acceso existen en los servicios de salud para la población masculina?

- 1. Horarios
- 2. Confidencialidad
- 3. Tiempos de respuesta a las necesidades demasiado prolongados
- 4. Poca sensibilización y capacitación del personal respecto de la población masculina
- 5. Espacio físico inadecuado
- 6. Identificación de los servicios como dirigidos a la población femenina
- 7. Desconocimiento en los prestadores de las necesidades de los hombres
- 99. NS/NR

23. ¿Cómo calificaría usted las acciones de salud que se dirigen a la población masculina?

6. Excelente	5. Muy Buena	4. Buena	3. Mala	2. Muy Mala	1. Pésima	99. NS/NR

24. ¿Cuáles diría usted que son las áreas prioritarias que deben contemplarse en la atención de la salud de la población masculina?

_____ 99. NS/NR

25. ¿Se siente usted preparado(a) para brindar un servicio de calidad a la población masculina?

- 1. SI (pase a pregunta 27)
- 2. NO
- 99. NS/NR

33. ¿Por qué? _____

_____ 99. NS/NR

34. ¿Considera usted que maneja los elementos suficientes sobre la vasectomía como para hablar con propiedad sobre el tema con usuarios(as) de los servicios?

1. SI 2. NO 99. NS/NR

35. ¿Ha promovido o hablado de este servicio a la población masculina con la que ha tenido contacto?

1. SI 2. NO 99. NS/NR

36. ¿Por qué? _____

_____ 99. NS/NR

37. Usted diría que la mayoría de los hombres que optan por la vasectomía lo hacen porque...

- 1. Desean seguir "haciendo de las suyas" sin la preocupación de dejar a alguna mujer embarazada
 - 2. Son concientes de su responsabilidad en su salud sexual y reproductiva y la de su pareja
 - 3. No les queda otra opción
 - 4. Son considerados con su pareja
 - 5. Otro ¿Cuál? _____
99. NS/NR

38. ¿Le recomendaría usted a un hombre o a una pareja la vasectomía como opción anticonceptiva?

1. SI (fin del cuestionario) 2. NO 99. NS/NR

39. Las razones por las cuáles usted no le recomendaría a un hombre o a una pareja que opten por la vasectomía son:

- 1. Tiene demasiados riesgos para el hombre
 - 2. Se pueden arrepentir después
 - 3. El hombre puede tener problemas psicológicos con su identidad sexual
 - 4. Puede producir impotencia
 - 5. Puede generar obesidad en el hombre
 - 6. Puede desarrollar cáncer de próstata
 - 7. No es efectiva
 - 8. Puede exacerbar los deseos sexuales en el hombre
 - 9. Puede inducir al hombre a ser infiel
 - 10. Otro ¿Cuál? _____
99. NS/NR

Anexo 5 Instrumento de encuesta para usuarios de servicios.

EBAIS: _____

Boleta No. _____

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL - DIRECCIÓN TÉCNICA DE
SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA - SECCIÓN SALUD DE LA MUJER

ENCUESTA A USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva: Creencias, actitudes y prácticas en usuarios y prestadores de Servicio. El caso del área de salud Turrialba - Jiménez

INTRODUCCIÓN.

Buenos días/tardes

El Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, está realizando una encuesta entre usuarios de los servicios de salud.

Las respuestas que usted nos dé, son confidenciales y anónimas y serán de gran utilidad para fortalecer y mejorar los servicios de salud que se le brindan a los hombres de esta y otras comunidades del país, por lo que agradecemos su cooperación. ¡Muchas Gracias!

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES

1. ¿Cuál es su edad actual? _____ NS/NR

2. Su estado civil actual es

- Soltero Separado Divorciado Viudo
 Casado (Pase a pregunta 4) Unión Libre (pase a pregunta 4)
 NS/NR

3. ¿Tiene usted una pareja estable en este momento?

- SI NO NS/NR

4. ¿Tiene usted hijos?

- SI NO (pase a pregunta 8) NS/NR

5. ¿Cuántos hijos tiene? _____ NS/NR

6. Edad del último _____ NS/NR

7. ¿Desea tener más hijos?

- SI NO (pase a pregunta 9) NS/NR (pase a pregunta 9)

8. ¿Desearía tener hijos? (SOLO PARA LOS QUE NO TIENEN HIJOS)

- SI NO NS/NR

9. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que usted aprobó?

- Nunca estudió y no sabe leer
 Nunca estudió pero sabe leer
 Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Universitaria o parauniversitaria incompleta
 Universitaria o parauniversitaria completa
 NS/NR

10. ¿Trabaja actualmente?

- SI NO (pase a pregunta 12) NS/NR

11. ¿En qué? _____ NS/NR

PRÁCTICAS EN CUANTO A LA SALUD INTEGRAL Y A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

12. ¿Por qué asistió hoy al EBAIS? _____ NS/NR

13. En el último año ¿ha asistido en otra ocasión a algún servicio de salud (cualquiera)?

- SI NO (pase a pregunta 15) NS/NR (pase a pregunta 15)

14. ¿Por qué motivo asistió en esa otra ocasión? _____ NS/NR

15. Comúnmente ¿asiste usted a los servicios de salud de la CCSS?

- SI (pase a pregunta 23) NO NS/NR (pase a pregunta 21)

16. ¿Por qué?

17. ¿A dónde prefiere asistir entonces cuando tiene alguna necesidad de salud?

- Farmacia Consultorio médico privado
 Otro ¿Cuál? _____ NS/NR (pase a pregunta 23)

18. ¿Por qué prefiere asistir a ese servicio?

NS/NR

19. Cuando asiste a un servicio de salud (cualquiera) prefiere ser atendido por

- Un hombre Una mujer Le es indiferente NS/NR
 Depende del motivo de consulta ¿Por qué? _____

20. La última vez que visitó este tipo de servicios ¿Asistió con su pareja?

- Sí No No tenía pareja en ese momento
 NS/NR

21. La última vez que asistió a uno de estos servicios, ¿platicó con su pareja acerca de su asistencia a dicho servicio?

- Sí No NS/NR

22. ¿Ha acompañado a su pareja a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, ya sean de control ginecológico, consejería de planificación o anticoncepción? (SÓLO PARA LOS QUE TIENEN PAREJA ESTABLE)

- SI NO NS/NR

SÓLO PARA LOS QUE TIENEN HIJOS

23. ¿Asistió usted alguna vez con su pareja a las consultas de control prenatal?

- SI (pase a la pregunta 25) NO NS/NR

24. ¿Por qué no asistió?

- Por el trabajo
 Porque esas son consultas de mujeres
 Por vergüenza
 Por que a la mujer le toca eso
 Otro ¿Cuál? _____
 NS/NR

25. Ha presenciado el parto de alguno (a) de sus hijos (as)?

- SI NO NS/NR

26. ¿Ha participado usted en alguna charla o actividad informativo-educativo sobre salud en general, sexualidad, el embarazo, anticoncepción o planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual (venéreas) o el SIDA?

- SI NO (pase a pregunta 29) NS/NR (pase a pregunta 29)

27. ¿Dónde se efectuó o efectuaron esta(s) actividad(es)?

- Centro de salud, ya sea EBAIS, Clínica u otro
 Centro Educativo
 En su lugar de trabajo
 Consultorio privado
 En otro lugar Cuál? _____
 NS/NR

28. ¿En el último año en cuantas actividades de ese tipo ha participado? _____ NS/NR

29. ¿De qué otras fuentes ha recibido usted información de este tipo?

- Amigos
- Parientes
- Material escrito (folletos, libros revistas)
- Televisión
- Radio
- Prensa escrita
- Otro ¿Cuál? _____
- NS/NR

30. ¿Considera usted que los hombres necesitan más información sobre su salud en general, su sexualidad, el embarazo, anticoncepción o planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual (venéreas) o el SIDA?

- SI NO NS/NR

31. ¿Cómo le gustaría a usted recibir este tipo de información?

- Por escrito (folletos, panfletos, libros, revistas)
- Por medio de la radio
- Por medio de la televisión
- Por medio de los periódicos de circulación nacional
- Mediante charlas, talleres, conferencias, etc. en su lugar de trabajo
- Mediante charlas, talleres, conferencias, etc. en centros educativos
- Mediante charlas, talleres, conferencias, etc. en centros de salud
- Mediante charlas, talleres, conferencias, etc. en la comunidad
- Otro ¿Cuál? _____
- NS/NR

CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS ACERCA DE LA VASECTOMÍA

32. ¿Ha escuchado usted hablar sobre la vasectomía?

- SI NO (pase a pregunta 43) NS/NR (pase a pregunta 43)

33. ¿En qué lugar ha escuchado hablar sobre la vasectomía?

- En el Centro de Salud
- En su lugar trabajo
- Por medio de familiares que se han vasectomizado
- Por medio de amigos que se ha vasectomizado
- En los medios de comunicación (radio, televisión, prensa escrita)
- Otro lugar _____
- NS/NR

34. ¿Se ha realizado usted la vasectomía?

- SI NO (pase a pregunta 40) NS/NR (pase a pregunta 40)

35. ¿Hace cuánto se realizó la vasectomía? _____ meses NS/NR

36. ¿Dónde le fue realizada la operación?

- En algún servicio de la CCSS
- En algún servicio privado
- NS/NR

37. ¿Cuál es el principal motivo por el que decidió realizarse la vasectomía?

- Por que no deseaba tener más hijos
- Por que la operación es más sencilla que la de la mujer
- Por la situación económica
- Porque la pareja se lo pidió
- Porque el (la) médico lo recomendó
- Porque la pareja ha tenido problemas con embarazos u operaciones
- Otro ¿Cuál? _____
- NS/NR

38. ¿Cuáles fueron los principales temores que enfrentó en el proceso de toma de decisión de realizarse la vasectomía?

- Tener complicaciones en la intervención
- Arrepentirme después
- Tener problemas psicológicos con la identidad sexual
- La impotencia
- Volverse obeso
- Desarrollar cáncer de próstata
- No sea efectiva
- Que se exacerben mis deseos sexuales
- Que no pueda controlar mis deseos de ser infiel
- Que la gente se diera cuenta y dudaran de mi hombría
- Otro ¿Cuál? _____
- NS/NR

39. ¿Quién tomó la decisión de que usted se realizara la vasectomía?

- Usted
- Su pareja
- Ambos
- NS/NR

PARA QUIENES NO SE HAN REALIZADO LA VASECTOMÍA PERO HAN ESCUCHADO DE ELLA

40. ¿Ha pensado realizarse la vasectomía?

- SI NO (pase a pregunta 42) NS/NR

41. ¿Por qué razones usted se realizaría la vasectomía?

- Porque no quiera tener más hijos
- Por que la operación es más sencilla que la de la mujer
- Para ayudar a mi pareja
- Por la situación económica
- Porque la pareja se lo pida
- Porque el (la) médico la recomiende
- Porque la pareja haya tenido problemas con embarazos u operaciones
- Otro ¿Cuál? _____ NS/NR

SOLO PARA QUIENES RESPONDIERON NO A LA PREGUNTA 40

42. ¿Por qué no concibe usted la vasectomía como una opción para su planificación?

VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA BRINDADO POR LA CCSS

43. ¿Ha asistido usted a algún servicio de Salud Sexual y Reproductiva?

SI (pase a pregunta 45) NO NS/NR

44. ¿Por qué?

_____ NS/NR (FIN DE LA ENCUESTA)

45. La última vez que asistió a recibir atención sobre su Salud Sexual Reproductiva, ¿quién lo atendió?

- Médico (a)
 Enfermero (a)
 Auxiliar de enfermería
 Otro Cuál? _____
 NS/NR

46. ¿Qué opina usted sobre el horario de atención de ese servicio?

Adecuado (pase a pregunta 48) Inadecuado
 NS/NR (pase a pregunta 48)

47. ¿Cuál aspecto del horario le parece inadecuado?

_____ NS/NR

48. ¿Qué opina usted del ambiente de ese servicio (el edificio, las salas, los consultorios)?

Adecuado (pase a pregunta 50) Inadecuado
 NS/NR (pase a pregunta 50)

49. ¿Cuál aspecto del ambiente le parece inadecuado?

_____ NS/NR

50. ¿Qué opina usted de la atención recibida en ese servicio?

Satisfactoria (pase a pregunta 52) Insatisfactoria
 NS/NR (pase a pregunta 52)

51. ¿Cuál aspecto de la atención le resultó insatisfactorio?

_____ NS/NR

52. ¿Qué opina usted de los materiales informativos disponibles en este servicio?

- Satisfactoria (pase a pregunta 54) Insatisfactoria
 No hubo material informativo disponible(pase a pregunta 54)
 NS/NR (pase a pregunta 54)

53. ¿Qué aspecto de los materiales le resultó insatisfactorio?

_____ NS/NR

54. ¿Asistiría a este servicio de salud nuevamente?

- Sí (pase a pregunta 56) No NS/NR

55. ¿Por qué motivo no usaría este servicio nuevamente?

- Mala atención Localización Horario de atención inadecuado
 Vergüenza Otro Cuál? _____

56. ¿Tiene usted alguna sugerencia para mejorar este servicio?

_____ NS/NR

¡¡Muchas Gracias por su colaboración!!