

Informe iPIER
**GÉNERO Y ANTICONCEPCIÓN
EN REPÚBLICA DOMINICANA:
UNA MIRADA HACIA LOS HOMBRES**

Junio 2018





MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



Universidad Autónoma
de Santo Domingo
PRIMADA DE AMÉRICA • Fundada el 28 de octubre de 1538



Ministerio de Salud Pública
Universidad Autónoma de Santo Domingo

GÉNERO Y ANTICONCEPCIÓN EN REPÚBLICA DOMINICANA: UNA MIRADA HACIA LOS HOMBRES

Informe Final

INVESTIGADORAS:

LILLIAN VICTORIA FONDEUR QUIÑONES

Coordinadora de la Oficina de Equidad de Género y Desarrollo

MIRNA JIMÉNEZ DE LA ROSA

Investigadora Instituto de Investigación y Estudios de Género y Familia

YUDERCA LEREBOURS

Técnica del Programa Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar

FIDELINA DE LA ROSA HIDALGO

Directora del Instituto de Investigación y Estudios de Género y Familia

CORRECCIÓN DE ESTILO:

RAMÓN STALIN MONTERO SANTIAGO

Comunicólogo, experto en masculinidad

DIAGRAMACIÓN Y DISEÑO:

JOCKAURI ESPINO OZORIA

JUNIO 2018



Contenido

Resumen	7
Principales hallazgos y recomendaciones	8
1. Antecedentes	12
2. Metodología	15
3. Resultados	20
3.1. Estrategias para el abordaje de la anticoncepción en la población masculina: deuda pendiente del Sistema de Salud Dominicano	20
3.2. Oferta de métodos anticonceptivos no tiene al hombre como población meta	24
3.3. Masculinidad hegemónica principal barrera para la anticoncepción masculina	25
3.4. Servicio de Planificación Familiar ciego al enfoque de género	27
3.5. Otros hallazgos vinculados a la anticoncepción masculina	29
Conclusiones	33
Referencias bibliográficas	35

Listado de Acrónimos

ARS:	Administradora de riesgos de salud
CAP:	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CONAPOFA:	Consejo Nacional de Población y Familia
DIGEMIA:	Dirección General Materno Infantil y Adolescentes
DIMIA:	División Materno Infantil y Adolescentes
DPS:	Dirección Provincial de Salud
EIS:	Educación integral en sexualidad
ENDESA:	Encuesta Demográfica y de Salud
iPIER:	Mejorando la implementación de programas a través de la investigación integrada (por sus siglas en inglés)
ITS:	Infecciones de transmisión sexual
MAC:	Método Anticonceptivo
MSP:	Ministerio de Salud Pública
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PPF:	Programa de Planificación Familiar
PSS:	Prestadoras de Servicios de Salud
TD:	Tomador/a de decisión
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Resumen

Problemas para la integración del enfoque de género y la anticoncepción masculina en la implementación del programa de Planificación Familiar, República Dominicana

La investigación *Género y anticoncepción en República Dominicana: una mirada a hacia los hombres* se realizó como parte de la iniciativa "Mejorando la implementación de programas a través de la investigación integrada" (iPIER por sus siglas en inglés) de la Organización Panamericana de la Salud, correspondiente a la cohorte 2016. La misma tiene como escenario la División Materno Infantil y Adolescentes (DIMIA), del Ministerio de Salud Pública, antes conocida como Dirección General Materno Infantil y Adolescentes (DIGEMIA). Dentro de los sub-componentes programáticos de DIGEMIA se encuentran el Programa de Planificación Familiar (PPF) y el Componente de Salud del Hombre. En el país, la tasa de fecundidad se ha reducido progresivamente, sin embargo, ENDESA 2013 refiere que apenas el 0.2% de los hombres unidos recurre a la vasectomía y solo el 2.6% utiliza el preservativo con fines anticonceptivos.

Con esta investigación se pretende contribuir a integrar de manera efectiva al PPF la anticoncepción del hombre. El objetivo es identificar, en la implementación del PPF mecanismos que faciliten la integración efectiva de los hombres como su población beneficiaria, en el país. Además de analizar la evolución de las estrategias utilizadas por el PPF para el abordaje de la anticoncepción en la población masculina, e identificar elementos facilitadores y barreras que influyan en la utilización de métodos anticonceptivos entre los hombres. Para lo cual se realizó una investigación mixta que incluyó revisión de la documentación disponible del PPF, entrevistas semiestructuradas a actores clave actuales y pasados (decisores/as y asesores/as) y prestadores/as de servicios, grupos focales con hombres potenciales usuarios y una encuesta CAP a prestadores/as a nivel nacional.

Principales hallazgos y recomendaciones

Para un manejo adecuado en función de las prioridades que establecemos para la implementación de las recomendaciones, hemos clasificado las mismas en relación con la proyección en el tiempo en corto, mediano y largo plazo. Para identificarlas hemos utilizado colores, atendiendo la siguiente leyenda:

Naranja: corto plazo

Azul: mediano plazo

Verde: largo plazo

Hallazgo

El PPF desde su concepción o diseño, hasta la implementación de los servicios de atención es ciego al enfoque de género de acuerdo con la noción de escala o continuum de género¹.

Recomendaciones

- **Capacitar a tomadores/as de decisiones y el personal de salud sobre la relación de poder que significa el género, su vínculo con la salud y su importancia para la concienciación sobre la salud reproductiva del hombre.**
- **Desarrollar y sumarse a procesos educativos y campañas de difusión masiva para la construcción de una concepción de masculinidad que muestre y promueva desde la noción de nuevas masculinidades otras formas y patrones de comportamientos que coloquen a los hombres como responsables de su anticoncepción y su planificación familiar.**

Hallazgo

Carente e ineficiente promoción de métodos anticonceptivos dirigidos a los hombres (preservativos y vasectomía). Se sugiere el preservativo para evitar infecciones de transmisión sexual (ITS) o para relaciones no formales. El 47.3% del personal del PPF dijo nunca usar preservativos con su pareja estable, el 30.4% que solo ocasionalmente con sus parejas estables y el 35.5% precisó que se preocuparía si su pareja estable se lo propusiera.

Recomendación

- **Dotar al personal de salud de guías de atención y manuales de consejería en salud sexual y reproductiva, que incluyan anticoncepción masculina.**
- **Desarrollar una campaña para la desmitificación del uso del condón. La misma debe romper la asociación del preservativo a la promiscuidad y vincular su uso con el autocuidado y el cuidado de su pareja y por ende al amor.**

¹ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2011). Gender and sexual and reproductive Health 101. En Organización Panamericana de la Salud, Incorporación de la perspectiva de género en programas, proyectos y políticas. Washington D.C.: Global Health Learning Center. Obtenido de https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26278/mod_page/content/1/2012/mod4/basicas/2011_Luciano_Dinys_CV6S_Incorporacion_de_la_perspectiva_de_genero_en_programas_proyectos_y_politicas_de_salud.pdf

- Desde el servicio de salud promover los métodos anticonceptivos dirigidos a los hombres, mediante el uso de figuras públicas que cumplan con sus estándares de masculinidad y validen la importancia de la anticoncepción.
- Vincular a los grupos u organizaciones de hombres, sindicales, laboral, deportiva, etc., para promover la anticoncepción en el hombre (preservativos y vasectomía)

Hallazgo

El personal de atención del PPF no ofrece la vasectomía, desconoce que, al igual que el resto de métodos anticonceptivos (MAC), está cubierto por la Seguridad Social y carece de capacitación para realizarla. El 25% del personal encuestado considera que genera disfunción eréctil. Aquellos hombres que la demandan son referidos al servicio de urología de hospitales especializados. Esta logística disminuye el acceso a la vasectomía.

Recomendación

- Promocionar y ofertar de manera regular la vasectomía a los usuarios varones de PF que consideren que tienen los hijos que han planeado
- Incluir la vasectomía en la cartera de servicios del PPF y adquirir los kits para hacer vasectomía sin bisturí.
- Sensibilizar y capacitar al personal de atención del PPF en técnicas de vasectomía.
- En alianza con Organizaciones de la Sociedad Civil, promover campañas de difusión sobre el derecho a cobertura de los MAC por las administradoras de riesgo de salud (ARS). De manera que la población demande estos servicios a través de sus ARS.

Hallazgo

El horario de servicio de los PPF coincide con la jornada laboral de los hombres.

Recomendación

- El horario de los servicios de planificación familiar debe considerar la disponibilidad de los hombres. El PPF debe ajustarse a la demanda asumiendo también la masculina como población diana. Se sugiere que en el primer nivel se incluya servicio en las tardes, noches y/o fines de semana, al menos un día a la semana. Y en los hospitales especializados se incluya la PF en el servicio de 24 horas.
- Desverticalizar² el PPF mediante la diversificación de los espacios y la expansión fuera de la unidad de PF, contemplando los horarios en que los hombres puedan demandar los servicios y métodos anticonceptivos.

Hallazgo

El espacio donde se ofrece la anticoncepción es poco acogedor para los hombres. Los servicios del PPF están instalados físicamente dentro de las áreas de maternidad, de atención a mujeres, de consulta de mujeres, o de consulta de embarazadas, que generan rechazo en los hombres.

² Desverticalizar, se refiere a cambiar la estructura vertical del programa que actualmente sólo se oferta en un área especializada por personal contratado específicamente para prestar servicios de anticoncepción

Recomendación

- Sacar el PPF de espacios exclusivos para las mujeres, mediante su vinculación a los diferentes servicios de los hospitales (ortopedia, urología, emergencia, etc.).
- Ofertar anticonceptivos en espacios más allá del servicio salud y del PPF. Ofrecer anticonceptivos para hombres en espacios comunitarios y sociales donde ellos se reúnen de forma natural, como clubes deportivos y culturales, entornos laborales, universidades, redes y organizaciones de base social, entre otros; “porque la anticoncepción no es un servicio de alta complejidad, es un servicio de baja complejidad, es un servicio que puede ser articulado y ofrecido en cualquier espacio debidamente habilitado y es lo que se quiere”. (Hombre, Td3)

Hallazgo

La oferta de métodos anticonceptivos para hombres se limita al preservativo y en grado minúsculo, la vasectomía. “La investigación en anticonceptivos ha sido muy desigual, existen dos ofertas de anticonceptivos en el hombre y en la mujer contamos con una variedad que supera los 8 métodos de anticoncepción” (Hombre, TD4).

Recomendación

- Realizar un estudio de factibilidad y de aceptación de nuevos métodos anticonceptivos masculinos reversibles de duración media y larga, además de impulsar investigaciones clínicas sobre anticoncepción para hombres, que permita la producciones de MAC hormonales y/o reversibles.

Hallazgo

Falta de educación sexual con equidad de género, en especial sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos de toda la población.

Recomendación

- Desarrollar de forma permanente campañas de educación sexual, por los medios de comunicación (prensa escrita, radio, TV, redes sociales).
- Incluir en programas de paternidad y maternidad responsables el desarrollo de habilidades para hablar con sus hijos/as sobre temas de sexualidad y reproducción, de manera objetiva y desde una perspectiva de igualdad y derechos.
- Articular de manera efectiva el PPF de los centros de Primer Nivel de Atención en salud con los programas de orientación de las escuelas y otros centros educativos de su zona de influencia.
- Incorporar contenidos sobre anticoncepción que se aborden con enfoque de género y derechos al currículo de todos los programas de formación de recursos humanos en salud a nivel medio y superior.
- Implementar de manera generalizada el Programa de Educación Integral en Sexualidad (EIS), que existe actualmente como piloto, en todos los centros educativos del país; garantizando la inclusión de la anticoncepción desde un enfoque de derechos y el respeto a la igualdad entre mujeres y hombres, en toda su diversidad.

Hallazgo

Grupos conservadores y la Iglesia Católica ofrecen resistencia a la educación sexual y al acceso al PPF.

Recomendación

- Promover el PPF por medio de una plataforma de información y comunicación, en articulación con el sistema de educación y el servicio de salud, sustentada en un enfoque de derechos humanos que se fundamente en el conocimiento científico y en la gestión preventiva de la salud, tomando como marco la definición de Estado laico contenida en la Constitución de la República Dominicana.
- Desarrollar procesos de sensibilización sobre este tema con comunicadores/as y dueños/as de medios de comunicación, a fin de que contribuyan a romper esta barrera. Valerse de expertos y expertas nacionales e internacionales.

Hallazgo

Hombres jóvenes demandan información sobre sexualidad y acceso a métodos anticonceptivos.

Recomendación

- Promover la anticoncepción en el cuerpo de los hombres como un derecho.
- Ofrecer la anticoncepción desde el cuerpo del hombre de manera novedosa, para generar motivación: implementar educación por pares, identificar mensajes clave que respondan a sus expectativas y proyectos de vida; utilizar espacios naturales de reunión de hombres para hacer llegar esos mensajes.
- Dar a conocer esta demanda a las casas farmacéuticas nacionales e internacionales, al Colegio Médico Dominicano y a la Sociedad de Urología, a fin de provocar la generación de nuevas ofertas de anticoncepción masculina.

1. Antecedentes

En el período 2002-2013 ENDESA muestra una tasa global de fecundidad (TGF) que evolucionó de 3.0 a 2.5, después de una fase de práctico estancamiento registrada desde 1991. Para el 2013 ENDESA reporta una TGF con ligeras diferencias por zona; siendo de 2.4 hijos/hijas para la zona urbana y 2.6 para la zona rural. Esta reducción de la fecundidad se realiza a través de la anticoncepción en el cuerpo de las mujeres.

En el caso de los métodos específicos, la ENDESA 2013 revela una reducción en la proporción de mujeres unidas usuarias de la esterilización femenina en los últimos seis años, desde 47% hasta 41%. Reportando en 2.6 % el uso del condón masculino y en 0.2 % la vasectomía, en este mismo grupo. La Encuesta Demográfica y de Salud 2013 evidencia que el 55% de las mujeres entre 15 y 49 utilizan algún método anticonceptivo, siendo esta proporción del 72% entre las mujeres unidas.

En el año 2001, la República Dominicana se abocó a una profunda reforma estructural del Sistema Nacional de Salud que aún se encuentra en implementación en la actualidad. La reforma del sector salud, fue consagrada en dos principales leyes:

1- La Ley General de Salud (42-01) que estableció la separación de funciones del Sistema Nacional de Salud, concentrando las funciones esenciales de salud pública, con énfasis en la rectoría, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS o MSP) y separando las prestaciones de servicios, hacia la instancia hoy conocida como Servicio Nacional de Salud (SNS).

2- La Ley 87-01, creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), el cual tiene vocación universal y solidaria. En ese marco se creó el Seguro Familiar de Salud (SFS). El cual garantiza a sus afiliados/as un paquete mínimo de prestaciones denominada Plan Básico de Salud.

La cobertura del SDSS alcanza al 67.2% de la población (régimen subsidiado: 32.9%, régimen contributivo: 34.3%). La población no cubierta tiene el derecho de demandar servicios “gratuitos” en las unidades de atención primaria y los hospitales de la red del Servicio Nacional de Salud. También existen Organizaciones no Gubernamentales que funcionan en la prestación de servicios de salud, que apoyan al MSP en la asistencia a las personas no afiliadas al SDSS.

Es válido señalar la existencia de programas de salud colectiva, a través de los cuales el MSP garantiza el acceso de la población a bienes y servicios de especial interés para la salud pública. En el contexto que nos ocupa, nos detendremos en los programas de salud colectiva que tienen la misión de garantizar la salud sexual y reproductiva de la población dominicana. Los mismos han sido objeto de transformaciones al retirar la prestación de servicios de las funciones del MSP, por lo que cuentan con un nuevo marco normativo (Reglamento Técnico para la Atención Integral en salud sexual y salud reproductiva) el cual ratifica que la coordinación programática en el ámbito de la salud sexual, la salud reproductiva y la anticoncepción es competencia de la Dirección General Materno Infantil

y Adolescentes (DIGEMIA) del Viceministerio de Salud Colectiva (Ver Imagen 1). Se identificó que dentro de esta dirección funcionan un sub-componente programático y un componente programático de interés para esta investigación: 1) Sub-componente programático Planificación familiar del componente Salud de la Mujer y 2) Componente de Salud del Hombre.

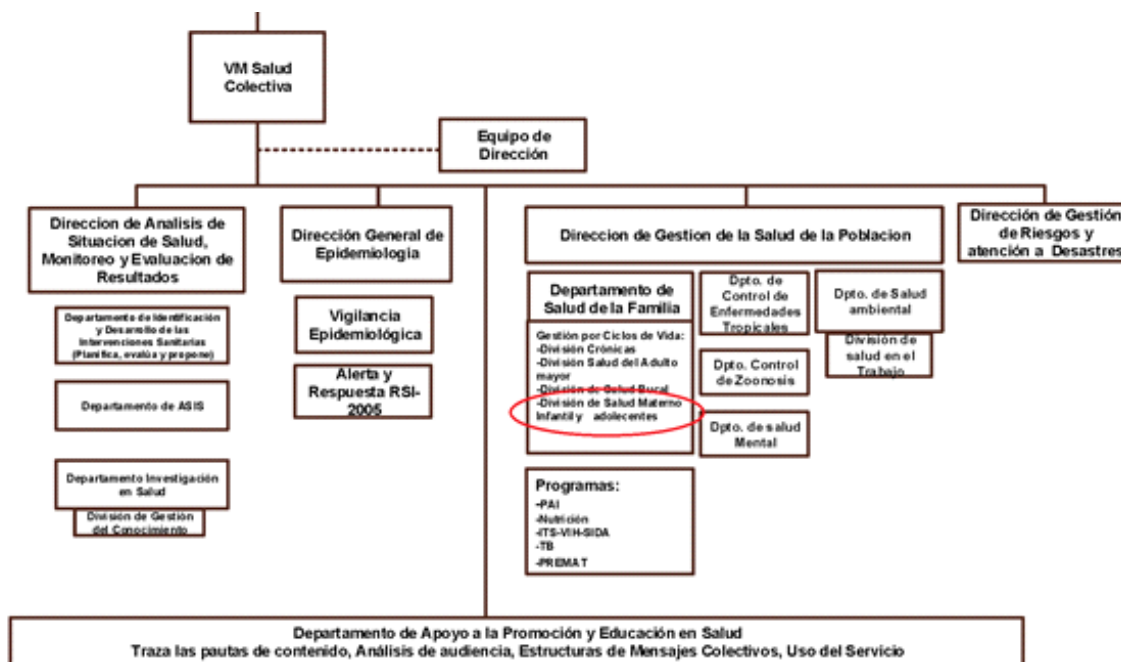


Imagen 1. Organigrama Viceministerio de Salud Colectiva. Segmento del Organigrama del Ministerio de Salud Pública aprobado por la Resolución MAP 14-2013 del 11 abril

Como se referencia en el protocolo, el componente programático de Salud del Hombre, fue creado en el 2012. La resolución ministerial que lo crea le atribuye las siguientes responsabilidades:

- Incidir en el problema de salud pública que representa la morbi-mortalidad de los hombres vinculada a la construcción de la masculinidad.
- Fijar las normas para la detección, prevención, atención, organización de los recursos para el diagnóstico y tratamiento, así como la racionalización de los recursos y el uso de la tecnología del sistema de salud para la atención de la morbi-mortalidad masculina.
- Presentar una visión integral del hombre por ciclo de vida y riesgos para la intervención de los problemas de salud.
- Garantizar coberturas, análisis de costo beneficio de las intervenciones y especialmente del establecimiento de procesos de supervisión, capacitación, evaluación y control de la atención de la salud masculina en todos los niveles.
- Movilizar a la comunidad a favor de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

En la actualidad, como recursos humanos, dicho componente sólo cuenta con un técnico en el nivel central del MSP sin tener presencia en los niveles descentralizados de gestión.

El financiamiento del PPF descansa en el aseguramiento de la compra de métodos anticonceptivos. La mayor inversión se realiza en métodos dirigidos a evitar el embarazo

desde el cuerpo de las mujeres. La partida para adquirir preservativos es mínima además de las prácticamente nulas líneas de acción para la promoción de la PF en los hombres. No fueron encontradas evidencias de que el Estado tenga una partida de financiamiento específico para la implementación de la vasectomía

La promoción de la PF reposa en el financiamiento de los donantes (UNFPA, Banco Mundial, OPS). Esta situación obliga al PPF a consensuar una agenda en la promoción de los insumos. Hasta el momento, los métodos anticonceptivos dirigidos al cuerpo de la mujer son los más promocionados.

El PPF tiene una pobre cobertura en la distribución y promoción de la utilización del preservativo y la vasectomía. Es de interés de esta investigación, poder identificar los factores que puedan estar incidiendo en estas políticas institucionales.

1. Objetivo /General:

Identificar trabas y oportunidades en la implementación del Programa de Planificación Familiar que afecten a la integración efectiva de los hombres como su población beneficiaria, en la República Dominicana.

De forma específica nos proponemos:

- Analizar la evolución de las estrategias utilizadas por el PPF para el abordaje de la anticoncepción en la población masculina
- Identificar elementos facilitadores y barreras, relacionadas al PPF, que influyan en la utilización de métodos anticonceptivos entre los hombres.

2. Metodología

Para el desarrollo de la presente investigación se eligió una metodología mixta (cualitativa – cuantitativa), que implicó la realización de revisión documental, 11 entrevistas semiestructuradas a tomadores/as de decisiones, 21 a prestadores/as de servicios de planificación familiar y 4 grupos focales a hombres mayores de 18 años, además de la realización de una encuesta del tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) dirigidas al personal de salud responsable de brindar los servicios del PPF.

Se utilizaron guías de entrevista estandarizadas para la recolección de información, construidas y validadas por el equipo de investigación. La información requerida incluyó datos históricos documentados y no documentados, características del programa actual, conocimientos, actitudes y prácticas de tomadores/as de decisiones, prestadores/as y población masculina hacia la anticoncepción.

Fase cualitativa

El estudio abarcó todo el territorio del país, a partir de la organización del Sistema Nacional de Salud, en sus 9 regiones. Para el mismo, durante los meses de junio y julio 2017, el trabajo de campo de esta fase consistió en la aplicación de los instrumentos de carácter cualitativo, entrevistas a profundidad a TD y entrevistas semiestructuradas a PSS, en una primera etapa, y según lo establecido de manera explícita en el diseño de la investigación, luego se procedió a generar la identificación de análisis y hallazgos a partir de los cuales se produjo el diseño y la aplicación de un instrumento de carácter cuantitativo. Estos resultados constituyen la parte preliminar de la investigación a raíz de la cual se analiza de forma integral la implementación del PPF y los aspectos vinculados a la PF desde el hombre en función de la fase cualitativa.

La realización del trabajo de campo en la fase cualitativa contó con las 4 investigadoras y el apoyo de 4 asistentes de investigación.

La recolección de datos se levantó en tres poblaciones seleccionadas de interés:

Técnica utilizada y población de interés

11 entrevistas semiestructuradas a tomadores/as de decisiones

Viceministerio de Salud Colectiva
 Servicio Nacional de Salud (SNS)
 División Materno Infantil y Adolescentes (DIMIA)
 Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)
 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
 Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)
 Organización Panamericana de la Salud (OPS)
 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
 Los/as tomadores de decisiones entrevistados/as podemos agruparlos de la siguiente manera:
 Las mujeres, un total de tres, oscilan entre los 60 y 65 años y en el caso de los hombres tenemos dos rangos de edad: uno de los que están entre los 40 a 55 años y otro de más de 65 años

21 entrevistas semiestructuradas a Proveedores/as del PPF en las 9 regiones geográficas y la capital:

Una enfermera encargada de programa o un/a médico/a, con al menos 1 año en servicio en el PPF, en un centro de primer nivel y un centro especializado elegidos aleatoriamente, en cada una de las 9 regiones de salud, 1 hospital regional y 1 hospital de referencia nacional

4 grupos focales con hombres adultos

Grupo Focal 1a: 11 Hombres de 18 a 25 años, residentes en zona rural, en el área asignada a la Unidad de Atención Primaria de Matanzas (Santiago) seleccionada al azar, que representan diversos niveles de instrucción, estado civil y condición socioeconómica.

Grupo Focal 1b: 7 Hombres de 18 a 25 años, residentes en zona urbana, en el área asignada a la Unidad de atención primaria de Profamilia en Sabana Perdida, seleccionada al azar, que representan diversos niveles de instrucción, estado civil y condición socioeconómica.

Grupo Focal 2a: 13 Hombres mayores de 25 años, residentes en zona rural, en el área asignada a la Unidad de atención primaria de Matanzas (Santiago) seleccionada al azar, que representan diversos niveles de instrucción, estado civil y condición socioeconómica.

Grupo Focal 2b: 8 Hombres mayores de 25 años, residentes en zona urbana, en el área asignada a la Unidad de atención primaria de Profamilia en Sabana Perdida, seleccionada al azar, que representan diversos niveles de instrucción, estado civil y condición socioeconómica.

La convocatoria para los grupos focales, se solicitó incluir hombres de diferentes condiciones socioeconómicas, niveles educativos y creencias religiosas. Esta convocatoria, en Santiago, estuvo a cargo de la presidente de la Junta de Vecinos del sector; y en Sabana Perdida, a cargo de la promotora juvenil de Profamilia. Se garantizó refrigerio y transporte a quienes asistieron.

Los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas por profesionales del área de ciencias sociales. Se levantó la información sobre el tema de interés y sociodemográfica de los/as participantes.

Fase cuantitativa

En lo que respecta a la fase cuantitativa para la presente investigación, se materializó mediante la aplicación de un formulario de preguntas cerradas, constitutivos de una medición de tipo encuesta. Para su realización fue necesario superar una serie de incidentes que dificultaron la aplicación de las mismas de una manera rápida y fluida. A lo largo de los primeros 2 días el equipo encuestador encontró que muchos de los centros que les habían sido asignados no existían en algunos casos y en otros no tenían unidad de planificación familiar, porque eran administrados por congregaciones religiosas.

Tabla 1. Encuestas realizadas por Región de Salud

Región de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Región 0	114	15.9%
Región I	124	17.3%
Región II	103	14.4%
Región III	81	11.3%
Región IV	49	6.9%
Región V	73	10.2%
Región VI	23	3.2%
Región VII	79	11.0%
Región VIII	69	9.7%
Total	715	100.0%

Al final del proceso de trabajo de campo se realizaron un total de 715 encuestas del tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) dirigidas a igual número de proveedoras y proveedores de salud responsables de brindar los servicios del PPF, en las 9 regiones de salud del país.

La distancia entre centros en las diferentes provincias fue un factor determinante para que el total de las

encuestas no fueran realizadas, esto sumado a que llegaban a los centros y en muchos casos en ese horario estaban cerrados, o porque el local era temporal, porque no tenían personal o que simplemente no estaban operativos. Resultó llamativo que en muchos de los centros solo había una persona asignada al área de planificación familiar viéndose así mermada la cantidad de encuestas a realizar ya que se preveía la realización de dos (2) personas por centro.

En esta misma línea, el número de personas encuestadoras resultó insuficiente para alcanzar representatividad a nivel de provincias en las cuales las distancias eran de casi medio día entre un centro y otro, de los que estaban asignados. Además de ello, las condiciones meteorológicas como en el caso de la regional 2 hicieron prácticamente imposible el acceso a algunos centros, sobre todo en el área de Puerto Plata y en San José de Ocoa, esta última provincia perteneciente a la regional 1.

De igual manera, surgieron los inconvenientes del horario ya que muchos de los centros visitados cerraban a las 12 del mediodía y en otros casos el personal médico y de enfermería, así como sus pasantes, no ofrecían los servicios en correspondencia con el horario supuesto para las atenciones en el centro.

Por otro lado, algunos facultativos, administrativos, y/o encargados de las áreas de planificación familiar y directores de hospitales y centros denegaron el permiso para realizar las encuestas aludiendo razones tales como que la carta del ministerio tenía fecha atrasado, que la regional no les había comunicado nada o simplemente aludiendo que estaban en huelga.

Una parte significativa del equipo encuestador encontró a pasantes como encargados de las áreas de planificación familiar y en algunos casos con personas ajenas al área de la medicina o la enfermería.

Análisis de datos

Para la metodología cualitativa, las entrevistas y grupos focales fueron transcritos palabra a palabra y se realizó un análisis temático utilizando el software Atlas.ti 8, mientras que en lo referente a la metodología cuantitativa se utilizó el software SPSS, cual permitió la tabulación de los resultados y la posterior triangulación de estos con un conjunto de variables que resultaron de interés para la realización de su análisis.

El análisis de los datos cuantitativos fue realizado de manera progresiva, en la medida en que se fueron levantando y transcribiendo. Cada entrevista y grupo focal fue objeto de un análisis de contenido de tipo latente. Las transcripciones fueron codificadas mediante la identificación de frases relevantes que llevaron al establecimiento de categorías y subcategorías, las cuales fueron estudiadas en su contexto y relaciones. Se identificaron casos tipo, estudiando la homogeneidad al interior y entre las categorías surgidas.

En lo que respecta a lo cuantitativo se construyó una base de datos que fue procesada con el software SPSS (acrónimo de Producto de Estadística y Solución de Servicio). Además de frecuencias y proporciones, se realizó un análisis bivariado con CX2 y multivariado a través de una regresión lineal. De igual manera, se realizó un análisis triangulado tomando en cuenta las informaciones cualitativas y cuantitativas, variables que partiendo de los objetivos específicos presupuestos por la investigación resultaron de mayor interés a partir de los resultados de dicho proceso.

Los hallazgos de las entrevistas y grupos focales se contrastaron con las notas de campo y los resultados de la revisión documental. Se contrastaron con los datos cuantitativos resultantes de la encuesta realizada, mismos resultados se muestran acompañados de citas textuales, que fueron analizados de cara al contexto nacional y discutidos de manera comparativa con otras investigaciones similares en contextos comparables.

Manejo de datos

Los datos han sido procesados por el equipo de investigación, respetando la privacidad y el anonimato de las personas, mediante la utilización de un código alfanumérico de identificación que permite diferenciar la región y tipo de centro de salud de donde procede la persona entrevistada.

Es importante destacar que, en el caso de los/as tomadores/as de decisiones las informaciones ofrecidas han sido manejadas desde la lógica del género de quien ofrece el dato.

Para la realización de todas las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales, previo al trabajo de campo, se realizó una prueba piloto con las guías de entrevista con prestadoras de atención y tomadores de decisiones no incluidos/as en la muestra, pero con un puesto similar. Para la guía del grupo focal se revisaron las preguntas con un grupo de siete (7) hombres mayores de 18 años, estudiantes, docentes y empleados del Centro Universitario UASD Baní, no incluidos en la muestra.

El control de calidad de las entrevistas y grupos focales se efectuó mediante la escucha de sus grabaciones, el mismo día en que se realizaron, haciendo énfasis en: la correcta aplicación de la guía de entrevista o no. Se consideran como errores situaciones como: se interrumpía al/a entrevistado/a, se ofrecían palabras o ideas que no había mencionado el/la entrevistado/a, se hicieron preguntas que no están en la guía ni tocan temas que están en la guía (sobre temas que no son del interés del estudio, inventadas por el/la entrevistador/a).

Se entrenó al personal de campo para asegurar que: se realizó la mayor parte de las preguntas de la guía, saltando únicamente los temas que ya se habían cubierto anteriormente y que se dejase hablar al/la entrevistado/a.

Es importante precisar que para la ejecución de la fase cuantitativa se realizó un proceso de entrenamiento a estudiantes de nivel universitario de las facultades de Ciencias de la Salud y de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, tanto de la sede central como de los centros regionales. En ese mismo marco, se realizó un taller de capacitación a los/as entrevistadores/as para sensibilizar sobre la importancia del estudio y los aportes que éste puede significar para el área de salud.

La revisión inmediata permitió identificar si funcionaba la guía de entrevista/grupo focal, permitiendo corregir la manera de aplicar la guía o las preguntas que vienen en las mismas, en caso de ser necesario. Respecto a esto, todas las entrevistas y grupos focales realizados contaron con consentimiento informado y las informaciones obtenidas son utilizadas exclusivamente para fines investigativos.

3. Resultados de la investigación

3.1. Estrategias para el abordaje de la anticoncepción en la población masculina: deuda pendiente del Sistema de Salud Dominicano

En la concepción, implementación y el desarrollo del PPF, la anticoncepción del hombre no es considerada. De los documentos del programa y las entrevistas de los tomadores de decisiones queda claro que hasta este momento la reproducción es un tema de mujeres.

El PPF nace en República Dominicana con el objetivo de reducir o controlar la Tasa Global de Fecundidad (TGF), en respuesta a la preocupación, de los países desarrollados, por la explosión demográfica en países en vías de desarrollo.

“CONAPOFA³ fue creada mediante el decreto número 20-91, del 14 de febrero de 1968, con la finalidad de controlar el crecimiento demográfico que existía en esa época, se hablaba de una explosión demográfica en la región.

Su objetivo fue regular, no controlar realmente, sino regular el crecimiento de la población, de la población humana, población femenina en edad fértil.” (Hombre, tomador de decisión [TD] 1)

Sin embargo, aunque una mujer se embaraza una vez cada nueve meses, en un limitado número de días del mes, y un hombre puede embarazar varias mujeres por día, todos los días del año, el PPF fue diseñado y ejecutado a partir del control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres.

A nuestro país, la PF llegó de la mano del sector privado. Dos Organizaciones No Gubernamentales: Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM) y Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia Inc. (Profamilia) introdujeron al país los métodos anticonceptivos, en la década de 1960.

“Sí, hay un actor que legendariamente juega un rol muy estratégico y diría que, no uno, hay 3 actores que no se pueden dejar de lado en el tema de planificación familiar que es PROFAMILIA y... son 3 instituciones de la sociedad civil: PROFAMILIA, ADOPLAFAN y MUDE. Ehhh, PROFAMILIA, trabajó todo el tema, fue de los primeros que comenzó con el mercadeo social, el mercadeo comunitario, eh, lo fortaleció mucho ADOPLAFAM, y ya después MUDE” (Mujer, TD 2)

De su parte, el gobierno, para cuidar la relación del Estado con la cúpula de la Iglesia Católica (opuesta a los métodos anticonceptivos modernos), sin dejar de responder a las demandas de la comunidad internacional, creó el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), instancia descentralizada, no dependiente del Ministerio de Salud; y que tenía la responsabilidad rectora de la Planificación Familiar en el país. CONAPOFA fue receptora de las donaciones de recursos de USAID y UNFPA, entre ellos, métodos anticonceptivos.

³ Consejo Nacional de Población y Familia.

“...ocurrió en nuestro país y supongo que en países similares a los nuestros que la planificación familiar era un tema tabú, era un tema que los gobiernos que sienten adhesión por cuestiones religiosas y por acuerdos con el Vaticano, como tiene la República Dominicana, el Concordato, no se atrevían en esa época a asumir la responsabilidad como Estado de asumir su responsabilidad en la creación y mantenimiento de programas de planificación familiar. Sin embargo, el Estado dominicano hay que reconocerle que, aunque no se atrevió de manera directa y abierta a crear programas de planificación familiar sí buscó un bajadero y buscó formas alternativas en que se visualizara menos directamente la responsabilidad directa del Estado y por eso se crea el Consejo Nacional de Población y Familia, el CONAPOFA, que a pesar de ser una institución descentralizada del Estado es una institución del Estado dominicano.” (Hombre, TD 3)

Tú sabes que en países subdesarrollados como el nuestro ehh los países no toman ese tipo de iniciativas por sí solos [apertura de un PPF], porque usted sabe que la iglesia está en contra de cualquier programa que tienda a regularizar el crecimiento demográfico ehh mediante el uso de métodos anticonceptivos [...] esa decisión emm eh es una sugerencia, es una sugerencia de eh el país hegemónico, vamos a hablar claro [...] Eso tiene que venir como una sugerencia de instituciones internacionales”. (Hombre, TD 1)

“No, la OPS también estuvo bastante involucrada, además el Fondo de Población, hubo...porque también hay que señalar que también había una presencia importante de USAID, con donaciones, con cooperación técnica, yo no me atrevería a reconstruir la historia completa, no estoy seguro de tenerla, pero sí recuerdo que había resistencia...” (Hombre, TD 4)

Resulta interesante resaltar que mientras la visión oficial sólo trabajó la anticoncepción como una estrategia de control de la natalidad a través de los cuerpos de las mujeres, la sociedad civil y el movimiento de mujeres, apoyados por algunas agencias de las Naciones Unidas, reivindicó la anticoncepción como una herramienta para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

“En 1994 hay una especie de hito en la historia de la planificación familiar, porque es la Conferencia de Población de Desarrollo que se lleva a cabo en El Cairo, que por eso se conoce mucho como la Conferencia del Cairo, ...sitúa el tema de población en la Salud Sexual y Reproductiva. Entonces ya no es un asunto de controlar, controlar la planificación, la natalidad a través de la planificación familiar y como una decisión gubernamental, estatal; sino que se centra la atención en los Derechos Sexuales y Reproductivos, para que las familias decidan cuándo quieren tener hijos y cuántos quieren tener, y el Estado entra como un suplidor, como un garante de esos derechos, de que se pueda hacer el ejercicio de esos derechos, de que la familia, las parejas, los jóvenes, las mujeres puedan ejercer ese derecho reproductivo y es decidir cuándo es el momento”. (Mujer, TD 5)

Contrario a lo que ocurre con las mujeres, el nivel de desarrollo o avance del PPF en anticoncepción hacia los hombres, en el país, es considerado inexistente. Desde sus inicios el PPF ha sustentado la Planificación Familiar en métodos anticonceptivos para mujeres. Su concepto e implantación carece de una mirada de género y no considera a los hombres sujetos responsables de controlar su reproducción a partir de sus propios cuerpos. Lo anterior queda muy claro al saber que el PPF fue considerado un subcomponente del componente Salud de la Mujer, cuando finalmente pasó de manera formal a la estructura del MSP, y que esa situación no ha cambiado, hasta el momento actual.

“La responsabilidad (eso no va a salir en la grabación estoy haciendo signos de comillas), la responsabilidad de los temas de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar son de la mujer y eso hasta el día de hoy sigue siendo así, la mezcla anticonceptiva de la República Dominicana, es 99% las mujeres 1% o menos el hombre, como demandante de métodos anticonceptivos y como usuario de métodos anticonceptivos, entonces es una realidad que da mucha brega desmontar a pesar de que el Estado sabe que hay esa situación. [...] la política nacional es de oferta sin distinción de clase social, género o lo que fuere, ha habido una cultura muy enraizada en la sociedad dominicana de que las demandantes de métodos de planificación han sido las mujeres, pero también eso ha sido culpa de la oferta, o sea, la oferta fue diseñada desde sus inicios, desde las donaciones porque también hay que decirlo, desde la AID y desde los organismos internacionales así era que eso se usaba, así era que eso... (Hombre, TD 3)

“La mayoría de las orientaciones de planificación se ve a simple vista que van dirigidas hacia las mujeres, pero que pasa, se ve en ese aspecto porque realmente los hombres estamos como, nos han desenfocado a nosotros de ese tema de la planificación. O sea, desde siempre, desde que uno tiene por lo menos uso de razón, siempre se ha visto que la planificación se carga para el lado de las mujeres. Entonces, por esa parte, uno como que se mantiene alejado de esos temas, como un poco ajeno. O sea, le dicen mira, tú tienes que usar preservativos. Okey ese es el único, la única forma de planificación que, a nosotros, los hombres, nos han enseñado. Preservativo solamente. O sea, no nos dicen ninguna otra forma de planificación, entonces esa parte las instituciones solamente orientan en base a las mujeres a simple vista, eso es lo que yo entiendo.” (Hombre, GF)

Sin embargo, la situación antes descrita sobre el PPF dominicano no significa que no se haya realizado algún esfuerzo, por parte de autoridades del sistema de salud, para incluir a los hombres y su salud reproductiva en el accionar de las instituciones del sistema. En ese sentido se debe señalar que el 31 de julio de 2012 se creó dentro de la Dirección General Materno Infantil, el componente de salud del hombre, mediante la resolución 000023; el cual entre sus funciones cita “fortalecimiento de los servicios de provisión oportuna de métodos anticonceptivos masculinos”. No obstante, como se pone evidencia más adelante, no se ha materializado en hechos las palabras escritas en la mencionada resolución.

Tabla 2. Resultados Regresión Lineal					
Variable Dependiente: Práctica Anticoncepción					
	Estimación Coeficientes	Error Estándar de Coeficientes	Coefficientes Estandarizados	Valor t	Significancia Estadística
Constante	46.209	3.117		14.824	0.000
Conocimiento Anticoncepción	0.575	0.292	0.073	1.969	0.049
Actitud Anticoncepción	0.149	0.032	0.174	4.692	0.000
R Cuadrado o Coeficiente de Determinación del Modelo: 0.039					

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del instrumento cuantitativo aplicado

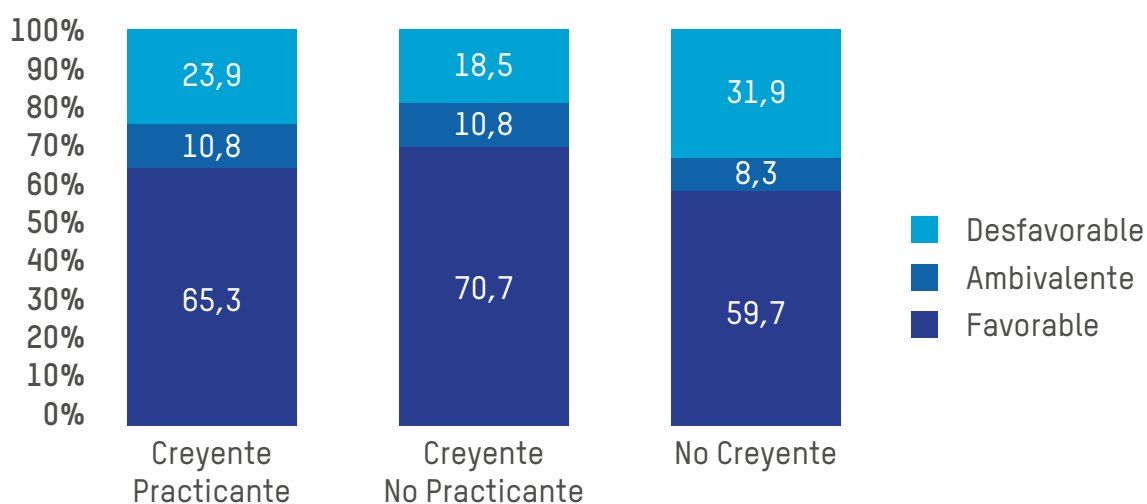


Gráfico 1. Distribución porcentual de actitudes sobre uso de anticonceptivos según práctica religiosa

Al interesarnos en la implementación del PPF, el análisis de la encuesta realizada sugiere la influencia de la falta de conocimientos y actitudes de discriminación vinculadas a la anticoncepción en las prácticas de oferta de servicios de planificación familiar del personal de salud participante. (Ver gráficos 1 y 2) No obstante la regresión lineal, también sugiere que el modelo está incompleto y es necesario incorporar otras variables para explicar las prácticas inadecuadas de anticoncepción. (Ver tabla 2)

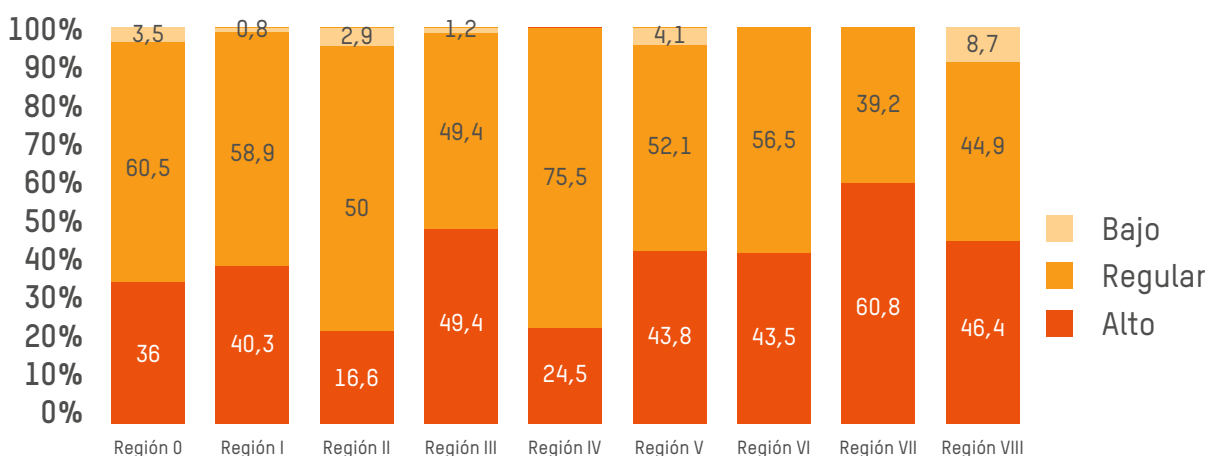


Gráfico 2. Distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre anticoncepción según región de salud

3.2. Oferta de métodos anticonceptivos no tiene al hombre como población meta

La oferta de productos del PPF, en los inicios, era fundamentalmente orientada a la esterilización quirúrgica “voluntaria” femenina, a través de los servicios quirúrgicos de los hospitales. La esterilización quirúrgica masculina no ha formado, ni forma parte de la cartera de servicios del programa. Luego, la demanda incluyó anticonceptivos orales combinados, mini píldoras, etc.; “En la medida que fue evolucionando fuimos introduciendo anticonceptivos, hormonales inyectables, el implante y el dispositivo intrauterino, los cuales empezaron a ser el eje central de la oferta de los servicios”, afirma TD6 (Hombre).

“Bueno es porque aquí solamente tenemos la oferta para la mujer. Nunca hemos tenido un programa dirigido a hombres, el centro no la tiene. Nada para hombres, exceptuando los preservativos; solamente eso. Ningún otro método. Y en los años que tengo aquí nunca se ha incursionado en otro que no sea el uso de preservativos solamente, exclusivamente eso.” (PSS)

La anticoncepción dirigida a los hombres, es mínima o nula, y resulta un efecto secundario, no el objetivo principal de la intervención del sistema de salud dominicano. Se sugiere el preservativo o condón en las relaciones de riesgo, como una herramienta para evitar infecciones de transmisión sexual (ITS).

“Hay hombre que no quieren venir a buscar métodos anticonceptivos, porque en su casa, con su pareja no lo utilizan; entonces, si la mujer lo ve que viene a buscarlo, va a decir: ¿Por qué, con quién tú lo estás usando?” (PSS)

“El hombre de la comunidad todavía está encerrado en decir que el VIH no existe, eso no existe y por eso ellos no buscan condones y nada de eso. Porque eh, porque eso no existe. Y además de eso, la mayoría de los hombres, por su machismo que tienen, usan condón con una mujer la primera vez; la segunda vez ya es tuya, ya hay confianza ya, ya eso es tuyo, es una mujer tuya y como para muchos, si una gente se ve bien no tiene SIDA y cuando viene a ver esta podría...y eso es así...” (PSS)

Si bien, la oferta de métodos anticonceptivos para hombres es muy limitada, vasectomía y condón, la epidemia del VIH/SIDA sirvió como pie de amigo para promover el uso del preservativo como estrategia para evitar la infección, lo cual trae consigo un valor agregado para la PF. El VIH ha generado temor en algunos hombres para dar paso al uso del preservativo.

“Bueno las charlas de pre y post, de pre consejería de VIH; se promociona mucho lo que es el condón, que es la única forma que se puede evitar, a parte de una transfusión, tú sabes...Ese es el que más se promociona, el condón, por las enfermedades de trasmisión sexual más que por la planificación familiar.” (PSS)

Es necesario destacar que, en el abordaje de los temas vinculados a la sexualidad, en el Sistema de Salud Dominicano, predomina el enfoque de control a través del miedo. En el mismo es muy escaso un abordaje de la anticoncepción desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, en toda su diversidad.

Sin embargo, es importante señalar que la influencia de la visión machista en el sector salud y en el desarrollo de la tecnología de salud, es un fenómeno ampliamente difundido en el mundo. Investigaciones sobre los sistemas de conocimiento del cuerpo demuestran que el poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico y que los sistemas de éste tienden a reproducir desigualdades y jerarquías en la sociedad mediante el “naturalizar” y “normalizar” las desigualdades a través de conceptos e imágenes del cuerpo (Larme, 1998, citada por Bant 2001).

“La investigación en anticonceptivos ha sido muy desigual, existen dos ofertas de anticonceptivos en el hombre y en la mujer contamos con una variedad que supera los 8 métodos de anticoncepción. Queda pendiente realizar investigaciones en el hombre” (Hombre, TD 6).

Esta perspectiva -la relación legitimadora entre conocimiento médico y desigualdad de género- es importante para entender cómo se recibe nueva información y las capacitaciones, cómo la interpretan y cambian su significado los hombres y mujeres que conforman la población beneficiaria. (Bant 2001).

3.3. Masculinidad hegemónica principal barrera para la anticoncepción masculina

Para Celmira Laza Vásquez, (2008), en el marco de una sociedad como la Latinoamericana donde se entremezclan una envidiable diversidad cultural, de grupos étnicos, valores éticos, morales y creencias religiosas, se genera un universo de factores que intervienen en la toma de decisiones frente a la salud sexual y reproductiva.

La participación de los hombres en el PPF no debe ser vista de manera aislada, para evaluarla hay que considerar su contexto, las relaciones de género, y otros determinantes sociales de la salud.

En general, los hombres no ejercen el derecho de controlar su reproducción desde sus propios cuerpos. No es nuestro objetivo victimizar a los hombres, mostrar a los hombres como personas que sufren todo el poder del sistema en que viven, pero es responsabilidad del Estado que todos y todas tengan acceso a la anticoncepción.

Los hallazgos de esta investigación coinciden con la siguiente afirmación: la masculinidad hegemónica en relación a la reproducción es poco participativa, tiene insuficiente acceso y poca, casi nula demanda, a la información sobre anticoncepción y reproducción y el compromiso por parte de los varones con los problemas reproductivos (disminución tasa de fecundidad) es mínimo. (Güida, 2012)

La escasa participación de los hombres en la anticoncepción se limita a asegurar la PF en sus parejas; demandan los anticonceptivos para reducir los embarazos a partir del cuerpo de las mujeres. El hombre, no se concibe a sí mismo como sujeto de anticoncepción.

El género, como construcción cultural, constituye un determinante social en el plano de la salud sexual, lo cual a decir de, María Eugenia Calvin, del Observatorio de Equidad de Género en Salud, de Chile, nos da la oportunidad de resituar el debate sobre el estado de salud de los pueblos, como un problema político y de derechos humanos, en tanto las

desigualdades injustas que se expresan en muerte, enfermedad, discapacidad, exclusión, discriminación, convocan al debate y la acción sobre las condiciones estructurales que generan la vulneración de derechos y la mala salud. El género, condiciona desigualdad de exposición y vulnerabilidad frente a los problemas de salud entre hombres y mujeres. (Calvin).

“La falta de conocimiento, ¿tú entiendes? Falta de conocimiento. A veces son muy machistas que no quieren... No, no, no yo soy el hombre, planifícate tú y esas cosas que ellos alegan...Que ellos no tienen por qué estar protegiéndose.” (PSS)

“...muchas veces van a acompañadas, aunque él se quede afuera; pero van con ellas. Y a veces, como decía horita, van ellos mismos y me dicen -doctor se la traje. Usted le puso un tratamiento y no lo está llevando como es- van, como quien dice, a supervisar.” (PSS)

“Eso es más común en las mujeres, el hombre por lo general es que dice tamo corto cortina, la cosa ta' dura ve planifícate.” (Grupo focal)

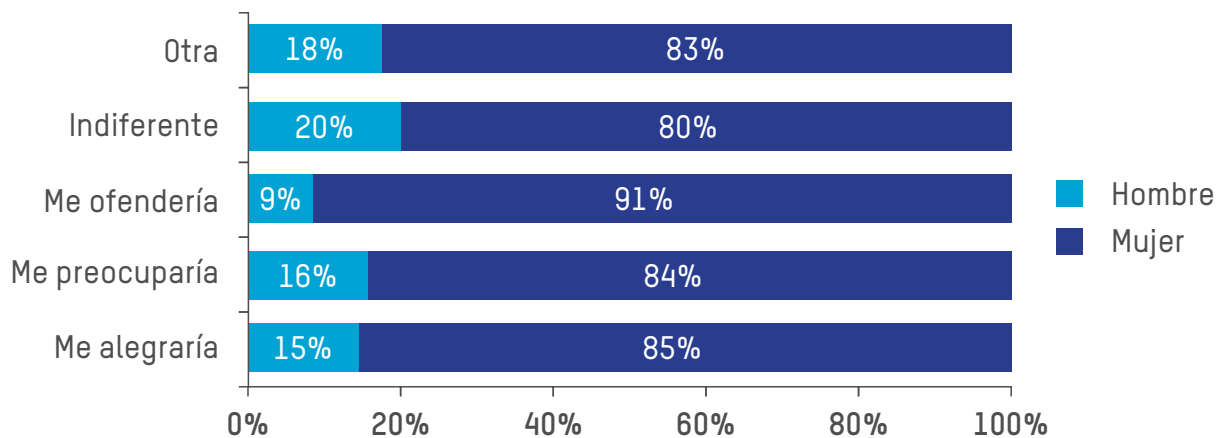


Gráfico 3. Porcentaje ante propuesta de uso de condón por pareja estable en proveedores/as, según sexo

Según Daniel Aspilcueta-Gho, (2013), en su artículo Rol del Varón en la Anticoncepción, como usuario y como pareja, un alto porcentaje de jóvenes de ambos sexos conocen los métodos anticonceptivos, pero en el momento de la seducción y en el acto sexual se imponen las construcciones de género y, con ello, los hábitos normativos sociales, que obstaculizan el uso de los anticonceptivos. (Ver gráfico 3) Las mujeres, por ejemplo, son impedidas socialmente de cargar un preservativo para un encuentro casual porque esto pondrá en cuestión su decencia y pueden ser consideradas como “mujeres fáciles”. Los hombres también se sienten socialmente obligados a no desaprovechar cualquier ocasión sexual aun cuando no estén preparados para evitar un embarazo, bajo pena de poner en sospecha su masculinidad u hombría. Entonces ejercen presión hacia las mujeres llegando incluso a la violencia sexual.

“Hay mujeres que se lo toman como un problema, ¿Tu no quieres tener nada conmigo? ¿Que tú haces conmigo? Si te planifica te doy una puñalá”. (Grupo focal)

“Bueno, le voy a decir algo mira. En este mismo centro, oye, yo vengo porque ellos dan 10 por personas, yo vengo, a la semana, vengo hasta 2 y 3 veces. ¿Oíste? Es que, dime tú, es que...oye, ellos dan 10. Pero yo te voy a decir algo, aquí somos todos masculinos, aquí no hay femenina, aquí no hay femenino, yo te voy a decir algo; usted saben que nosotros...el hombre es insaciable. Tú puedes tener relación ahora mismo, y tú ves una mamacita que te pasa por ahí, y olvídate. De una vez ¡ufff! oye. Y eso, oye, eso es de 100 hombres, 80 somos así. (Grupo Focal)

Lejos de asumir el comportamiento reproductivo como el conjunto de conductas y hechos, relacionados con el apareamiento, la unión en pareja, las expectativas e ideales en cuanto a la familia y los hijos e hijas, que incluye el uso consensuado de algún método anticonceptivo, así como la relación de la pareja durante toda la etapa del embarazo, parto y puerperio (Figueroa, 1998), la masculinidad hegemónica, mantiene esa postura que asocia la capacidad reproductiva al nivel de hombría, que se expresa en el número de parejas y la virilidad sexual. Esta misma visión del hombre asocia el uso de los métodos anticonceptivos masculinos a la pérdida de la idealizada virilidad sexual, constituyéndose esa visión estereotipada de género, en una barrera que obstaculiza el libre acceso de la población masculina a los planes de planificación familiar, recargando sólo al cuerpo de la mujer la responsabilidad del control natal, con todos los riesgos que implica para la salud física y mental de las mujeres.

“Si, vienen por la orientación generalmente, siempre vienen por lo mismo, por el historial que hay, por los mitos que la vasectomía daña la erección, que daña el pene o sea uno tiene que sentarlos y explicarle que no, que no hace daño que no le va a tumbar, a acabar con la virilidad o... siempre son mitos y tabúes que tenemos los dominicanos y los haitianos también.” (Mujer, PSS)

3.4. Servicio de Planificación Familiar ciego al enfoque de género

La consideración de que mujeres y hombres tienen los mismos derechos reproductivos no se pone en evidencia en la implementación del PPF. Esta realidad se manifiesta no sólo en la oferta de métodos anticonceptivos predominantemente femeninos, como ya vimos; sino también en la localización de los espacios físicos del programa dentro de los servicios de ginecología y obstetricia, al igual que en el predominio de Gineco-Obstetras en el personal médico especializado vinculado al mismo.

En sociedades en las que la identidad masculina es construida en base a la negación de lo femenino, un ambiente en el que la mujer y el embarazo es el centro de atención, resulta una barrera casi infranqueable para la incorporación activa de los hombres en la anticoncepción.

El PPF manifiesta la apropiación, por la sociedad y el sistema de salud, de la vida reproductiva y el cuerpo de la mujer. Para algunas autoridades del Sistema de Salud Dominicano los métodos anticonceptivos deben estar restringidos al servicio de salud. Es el personal de salud quien debe ofrecer de los anticonceptivos, como si se tratara de una enfermedad y no de una medida de prevención de embarazos. Esos planteamientos no toman en consideración que los/las prestadores/as de servicio comparten, muchas

veces, visiones estereotipadas de género, inclusive reconociendo y validando, desde el discurso y la práctica, la influencia de los factores culturales, y el papel del machismo.

“Y también que nosotros como gineco-obstetra nos parcializamos muchas veces y solo trabajamos con féminas”. (PSS)

Uno de los TD entrevistados/as considera que:

“Hemos avanzado en el uso del condón del hombre porque se ha relacionado a la prevención de las ITS. Los esfuerzos hacia la vasectomía no han sido sistemáticos, no han sido estructurados y los esfuerzos tanto de promoción del método como provisión y servicio de vasectomía no se corresponden con lo esperado y por lo tanto ahí tenemos una gran brecha por venir”. (TD 7)

La vasectomía no se oferta como método anticonceptivo, y aquellos que la demandan, en el mejor de los casos, son referidos al departamento de urología de un hospital especializado; está logística dificulta el acceso a dicho método.

La vasectomía a pesar del tiempo que tiene en el mercado ha sido ofrecida como método, bajo normativas sexistas que, sumado a la resistencia de la población masculina, han influido en su bajo uso en diferentes contextos sociales (Amidem 1986, Figueroa 1998). (Ver gráfico 4) Esta situación coincide con la realidad dominicana. TD 4 declara; *“Hasta la fecha no hemos podido vencer las grandes resistencias que hay, los hombres no deciden la vasectomía porque le siguen temiendo al impacto en su función sexual y el país tampoco ha creado la base suficiente de médicos y enfermeras en capacidad de hacer los procedimientos con la destreza que se requiere, es una gran deuda que tenemos”*.

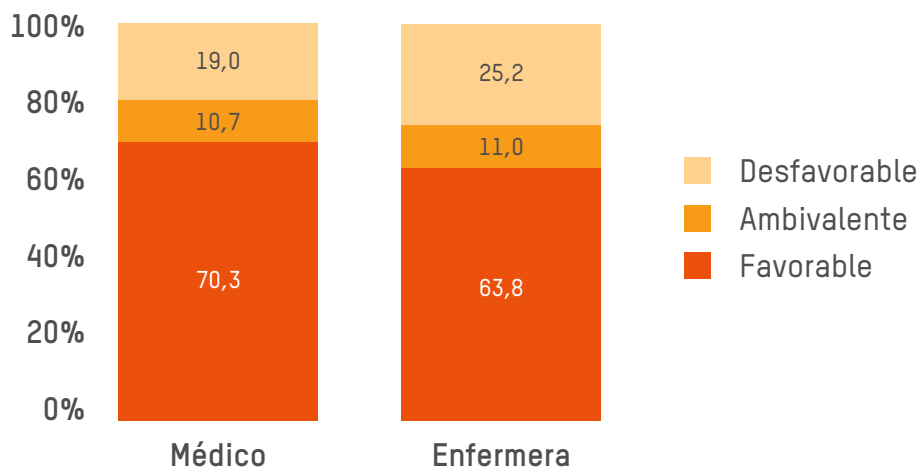


Gráfico 4. Distribución porcentual de actitudes sobre uso de anticonceptivos según profesión

3.5. Otros hallazgos vinculados a la anticoncepción masculina

Barreras

Falta de acceso a educación sexual. La población dominicana es víctima de la ausencia de información de base científica sobre salud sexual y salud reproductiva. La misma está expuesta a mucha desinformación o acceso a información tergiversada sobre la sexualidad y por ende sobre la anticoncepción. No existe educación sexual en el marco de la educación formal, pero tampoco en el marco de la educación informal en seno familiar.

“Hay eso para hombres inyectados también, porque que se inyectan, si uno quiere se inyecta, pero a veces hay muchos que uno tiene miedo a inyectar, porque como cuando viene a ver puede traer problema”. (Grupo focal)

El análisis estadístico realizado con los resultados de las variables prácticas de anticoncepción y actitudes sobre anticoncepción sugiere que incrementar los niveles de conocimiento sobre educación sexual y anticoncepción posibilitarían una mejora de las actitudes y las prácticas de anticoncepción.

Limitaciones por incidencia del poder de las iglesias, especialmente de la cúpula de la iglesia católica, en la definición de las políticas públicas. Las iglesias se oponen a la anticoncepción, porque lo consideran un instrumento para promover la promiscuidad o para iniciar de la práctica sexual a temprana edad.

Sin embargo, es relevante que el 65.3% de las personas que respondieron ser creyentes practicantes muestran una actitud favorable a la anticoncepción, al igual que el 70.7% de las no practicantes, frente las personas no creyentes cuya favorabilidad a la anticoncepción alcanzó un 59.7%.

Facilitadores

Tomadores/as de decisión con más conciencia de género. “La necesidad insatisfecha de anticonceptivos de la mujer está vinculada a los mecanismos al control que ejerce el hombre en la vida de la mujer, por lo fue necesario incorporar una oferta que no solamente incorporara una nueva perspectiva del hombre con respecto al anticonceptivo de la mujer, sino que convirtiera al hombre en sujeto de su propia anticoncepción de tal forma que en el momento que se decide planificar el núcleo de la familia”. (TD)

En este sentido, identificamos que, en las y los profesionales con prácticas discriminantes, estas se producen con mayor frecuencia hacia las mujeres que hacia los hombres (35% y 30.1%, respectivamente) y según el rol que desempeña, tomando como parámetros al personal médico y al de enfermería, es este último el que alcanza una mayor frecuencia en la discriminación hacia las mujeres (35%), 3.8 puntos porcentuales sobre la frecuencia que las galenas y los galenos (30%).

Existencia de una estructura y recursos humanos disponibles para anticoncepción masculina. Aunque hasta el momento no haya sido efectiva la incorporación de los hombres como población meta del PPF, el mismo, cuenta con una amplia red de centros, herramientas validadas y personal de salud en todo el país y los 3 niveles de atención, que puede ser puesta al servicio de esta nueva población.

Es evidente que pese a las resistencias expresadas desde las altas jerarquías de las iglesias en la República Dominicana muestren un discurso que rechaza la anticoncepción, sus practicantes y no practicantes sustentan una actitud de favorabilidad.

Horario de trabajo de los servicios. Los días y horas en que se ofertan los servicios del programa es una limitante para los hombres acceder al mismo. Su jornada de trabajo coincide con el horario de atención. Es válido señalar que la misma limitante aplica para las mujeres que trabajan fuera del hogar.

“...los hombres tienen problema con el tiempo con el trabajo mayormente las esposas le llevan los condones, a las oficinas algunos van porque no quieren ir a la consulta y te dicen consígueme condones y uno les da 2 ó 3...” (PSS)

“Quizá como característica sería que estuvieran trabajando, aunque ahora estamos abiertos los sábados, hay muchas empresas que también trabajan los sábados hasta las 12” (PSS)

Cobertura de MAC con fondos nacionales, MSP y Seguro Familia de Salud. En la actualidad se ha reducido significativamente la dependencia del PPF de las donaciones internacionales. El MSP compra alrededor del 90% de los métodos que oferta el programa; a lo que se suma el hecho de que el plan básico de salud y el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales incluyen los métodos anticonceptivos en la cobertura de la seguridad social, facilitando el acceso económico a MAC, dentro de ellos el preservativo o condón y la vasectomía.

“Están cubiertos, los anticonceptivos están cubiertos.

Pero mucha gente no lo sabe [...] Pero también mucha gente lo sabe y lo usa porque nosotros recibimos los reportes de que se está pagando o sea que se paga y nos damos cuenta de que se está pagando bastante a través del seguro familiar de salud. (TD 4)

Déficits de métodos anticonceptivos. En la mayoría de los servicios del PPF el único método anticonceptivo disponible para hombres es el preservativo o condón, y el mismo no se ofrece de forma sistemática. A lo que se suma situaciones actuales de desabastecimiento.

“Con toda sinceridad en los últimos meses el programa prácticamente ha estado cayendo, disminuyendo por la sencilla razón que la gerencia del área...la DPS, era que nos suplía los anticonceptivos, la DPS, luego paso a ser la regional, entonces donde la regional nosotros hacemos un pedido que necesitamos 40 cajas que vienen con 3 blíster y ellos nos envían 10.” (PSS)

Personal de salud con apertura e iniciativas innovadoras. Se identificó la existencia de servicios del PPF, cuyo personal de salud demuestra capacidades para la PF y expresa apertura y estrategias innovadoras para la atención a población masculina y adolescentes.

“Yo tengo un programa que se llama programa WiFi [...] Aquí hay una sola área que es el WiFi de Promese. Entonces, ahí es que se reúne la mayoría de jóvenes, en la tarde y en la noche, a buscar el WiFi. Todos son jóvenes, que después que están escribiendo, realmente pasan, porque es el mismo patio. Pasan al centro y ahí, aprovechamos 4 y 5, lo sentamos, lo orientamos.” (PSS) (Ver gráfico 5)

Personal no respeta los lineamientos de planificación familiar. Con más frecuencia de lo deseado, el personal que implementa los servicios del PPF pone en evidencia que no respeta los lineamientos vigentes, generando trabas, discriminando por edad, sexo, estado civil o número de hijos/as.

Las respuestas oportunas en las atenciones brindadas por quienes proveen los servicios de anticoncepción, es insuficiente quedando evidenciado en sus respuestas relacionadas al consentimiento de las parejas como requerimiento para entregar los métodos o para referir o realizar una vasectomía. Pero como sugieren los resultados del análisis multivariado de esta investigación, en ello incide la escasa formación y las ponderaciones culturales de quienes brindan el servicio.

La vasectomía es un proceso fácil, económico y de poco riesgo. “La vasectomía es un proceso menos invasivo que la esterilización de las trompas de la mujer, es un método más rápido y menos costoso menos traumático y ambulatorio que se puede hacer en un consultorio, es... sencillamente tiene que mediar la capacitación de un recurso humano que sepa hacerlo y la decisión del hombre”. afirma TD

Limitaciones de idioma. En todo el país, especialmente en la zona fronteriza, existe demanda de servicios de anticoncepción de población de origen haitiano, que no habla español. Algunos/as proveedores/as de salud han expresado las dificultades de comunicación como una barrera importante para poder ofertar un servicio de calidad.

“Lo más difícil de trabajar en planificación como dices tú con las personas, es el problema del idioma que tenemos con los haitianos, los haitianos son la gente que más acuden a planificarse, pero a nosotros la gente de salud pública no nos han enseñado el Creole o sea que uno pasa muchísimo trabajo. (PSS)

Los hombres jóvenes demandan información y solicitan métodos anticonceptivos. Los hombres, en especial, los jóvenes, cuando tienen acceso a conocimientos sobre anticoncepción por alguna actividad de información, educación o comunicación demandan más información y servicios.

“En las ferias nacionales observamos la participación activa de los jóvenes, demandando información, solicitando condones. Jóvenes asumiendo la responsabilidad de su reproducción, ya que la misma no puede ser diferida, como en muchos casos ocurre, que la mujer es quien tenga que convencer al hombre para que utilice el condón”. (Hombre, TD 6).

No ejecución de la cobertura de los MAC por la seguridad social. A pesar de estar incluidos los métodos de planificación familiar en el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales, en la práctica, la mayoría de la población accede a los MAC a través del PPF, financiado con fondos del presupuesto nacional, recursos que podrían ser utilizados para la promoción.

Hay hombres que se vinculan a la Planificación Familiar, aun cuando la misma se realiza a partir del cuerpo de la mujer. Sin embargo, esta realidad debe ser analizada con cuidado, pues los derechos sexuales y reproductivos de los hombres deben entenderse desde las relaciones de poder, las relaciones de género y la dominación de los hombres sobre las mujeres.

“El plan básico y esa es una cosa que no se ha asumido, sencillamente no se asume. Entonces lo que ocurre es que el Ministerio de Salud, está gastando millones de pesos en compra de métodos anticonceptivos para repartirlos de manera gratuita en los establecimientos y eso no le corresponde porque la seguridad social se supone que debe financiar eso. Entonces estamos gastando un dinero que no tendríamos que estar gastando, pero cuando usted va con su seguro a un consultorio privado y el médico le indica un método anticonceptivo también eso debería cubrirse en la farmacia Carol y la farmacia privada cosa que no está ocurriendo y los y las usuarias no lo saben, no saben que tienen ese derecho, tienen esa cobertura, entonces no exigen. La gente está exigiendo mucho [...] pero no sabe que le corresponde los anticonceptivos, entonces no lo reclaman ahí hay una cosa pendiente también.”
(Hombre, TD 3)

“Sí se involucran, a veces vienen los hombres a buscar el método de la mujer, las píldoras, vienen los hombres con su tarjeta y sus sobres porque la mujer está trabajando y ellos están libres y vienen y las solicitan.”
(PSS)

Trabajo en redes, intersectorialidad y coordinación interinstitucional. La estructura del sistema de salud, articulada por niveles de atención, ha facilitado que en algunas Unidades de Atención Primaria se esté trabajando con escuelas y agrupaciones sociales tales como sindicatos de transportistas.

“Nosotros le damos charlas, vamos a los centros, a las escuelas le damos charlas de planificación, también a dónde están esos grupos de motoconcho, a los guagüeros, a los de concho de motor. Y así, a veces buscamos condones extras de los que nos mandan para hacer esas jornadas, porque ellos no es que vienen así con mucha frecuencia.”(PSS)

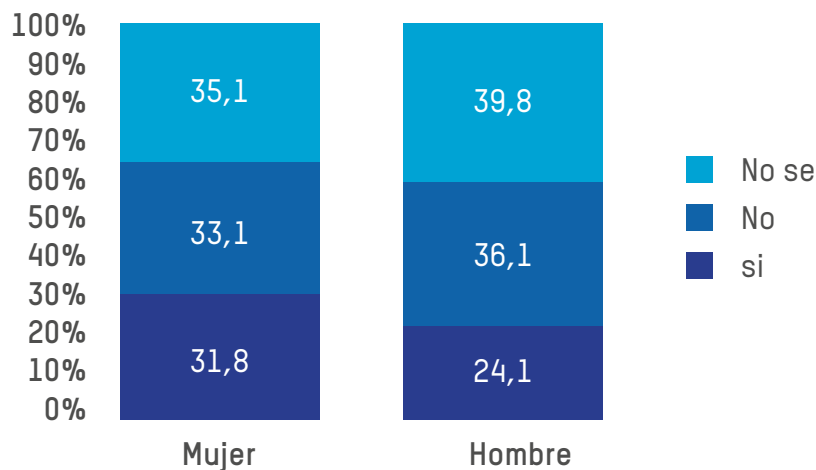


Gráfico 5. Disposición del personal de salud para realizarse vasectomía, o para que su pareja se la realice, según sexo

Conclusiones y recomendaciones

Desde sus orígenes, la implementación del PPF ha centrado la anticoncepción en el cuerpo de las mujeres, y no ha sido efectiva la participación del hombre en el control de la reproducción, a pesar de que se han realizado tímidos esfuerzos para la inclusión del mismo en las actividades del programa. Entre las situaciones que dificultan la implementación del PPF está su ceguera al género y la oposición de instituciones de mucho poder, tales como las iglesias, entre ellas, la Iglesia Católica, quienes rechazan que se ofrezca educación sexual y métodos anticonceptivos.

El predominio de una visión hegemónica de masculinidad, refuerza patrones culturales, que la falta de educación sexual y reproductiva perpetúa como la barrera más destacada en la presente investigación. La ausencia de promoción de métodos anticonceptivos dirigidos a los hombres es un vacío que potencia la existencia de estigmas sobre la vasectomía y el uso del condón, favorecidos por el personal de salud, que generalmente, no ofrece vasectomía y ofrece el preservativo vinculado a evitar ITS, o para relaciones de riesgo, dejando de lado su rol anticonceptivo.

La vasectomía no se conoce y el personal de atención carece de capacitación y medios para realizarla. Los pocos hombres que la demandan son referidos al servicio de urología de un hospital especializado, lo cual dificulta el acceso a la misma. Estos niveles de desconocimientos son relativamente cercanos en las trabajadoras y los trabajadores del sistema de salud, pero se identificaron algunos aspectos significativos en cuanto a los roles y a los espacios demográficos en la implementación del programa, como es el caso del personal médico y de enfermería en donde la parte galana muestra un mayor nivel de conocimiento, acompañado de una actitud más favorable al uso de la anticoncepción; y aunque en lo relacionado a las prácticas adecuadas de la oferta de salud porcentualmente el personal de enfermera le supera, quedó evidenciado que respecto a las prácticas inadecuadas sus niveles son estrechamente similares.

En ese sentido, también se encuentra un aspecto demográfico relacionado con el deficiente nivel de conocimiento, que permitió precisar que, aunque en sentido general en todas las regionales de salud hace falta fortalecer los niveles de conocimiento sobre anticoncepción del personal, en las regiones II y IV, hay una acentuada brecha en este particular.

Respecto a la influencia de las creencias y prácticas religiosas del personal del sistema, pudo verificarse una actitud significativamente favorable al uso de la anticoncepción. La misma evidenció que incluso ese nivel de favorabilidad es mayor en creyentes (practicantes o no), que en quienes dijeron no ser creyentes; además de que de las personas entrevistadas que dijeron tener alguna creencia religiosa, resultó que quienes afirmaron no ser practicantes mostraron una actitud más favorable a la anticoncepción.

El espacio donde se ofrece la anticoncepción es poco acogedor para los hombres. Se encuentran ubicados en las áreas de maternidad o de atención a mujeres. El horario de servicio de los PPF coincide con la jornada laboral.

Otra barrera evidenciada en los resultados del presente estudio está vinculada a las prácticas discriminatorias por parte del personal del sistema de salud, frente a las solicitudes relacionadas con los servicios de anticoncepciones hechas por usuarios y usuarias. Aunque estas se producen por parte del personal médico y del personal de enfermería, pudo verificarse que las actuaciones de discriminación son menores por parte de los galenos y las galenas, y pese a que tantas mujeres como hombres reciben ese inadecuado tratamiento, los niveles discriminatorios son mayores para las mujeres que solicitan dichos servicios con relación a los hombres.

Pero no todo son barreras, se identificó posiciones favorables en algunos tomadores de decisiones, personal de salud y población meta, que constituyen potenciales facilitadores para incluir a los hombres en la anticoncepción. Otro facilitador es que los hombres jóvenes, una vez encuentran un espacio propicio, demandan información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, además de acceso a los mismos, evidenciando que es posible generar demanda masculina de MAC.

A lo anterior se suma como oportunidad de mejora, la posibilidad de generar procesos que adecuen e incluyan las temáticas de planificación familiar y anticoncepción en la currícula de las carreras de ciencias de la salud ofertadas por las universidades; partiendo de la falta de conocimiento identificada por este estudio relacionada con la escasa formación y capacitación que en esta materia ha recibido el personal de salud. De igual modo, pueden mejorarse los niveles de concienciación sobre anticoncepción en el personal de salud lo que representa la posibilidad de aumentar la frecuencia en que éste utilice métodos anticonceptivos como el condón, lo que daría respuesta al 47.3% que respondió nunca utilizarlo y al 30.4% que afirmó usarlo solo ocasionalmente con sus parejas estables; además del 35.5% que precisó que se preocuparía en caso de que su pareja estable le propusiera utilizarlo.

Queda claro que para lograr la inclusión de los hombres como beneficiarios, el PPF tiene pendiente ponerse los lentes de género, capacitar su personal sobre los métodos anticonceptivos para hombres, implementar campañas inteligentes de marketing social, crear las condiciones para mejorar el manejo de los mismos, mediante la elaboración de guías de atención y protocolos de consejería, la creación de espacios amigables a los hombres, descentralizando la oferta de información y servicios e incentivando la investigación en MAC masculinos.

Referencias

- Aspilcueta-Gho, D. (2013). *Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(3), 480–486. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342013000300018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Bant, Astrid; Motta A. (2001). *Género y salud reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Bant, A. H. (s.f.). *Salud, Cultura y Género: ¿Cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural?* Recuperado a partir de <http://www.decidiresunderecho.org/files/Astrid-Bant-Haver.pdf>
- Calvin, M. *Género y los determinantes sociales*. Observatorio de Equidad de Género en Salud, Chile. Recuperado a partir de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/MCalvin.pdf>
- CENDOC Mujer, CESIP, Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos. (1998). *Calidad de Atención en la Salud Reproductiva: Una mirada desde la ciudadanía femenina*. Lima.
- Figueroa, J, Sánchez, V. (1999). *La experiencia con nuevas metodologías anticonceptivas en el contexto mexicano: algunas reflexiones éticas* en Scavone, L. (Comp.) *Género y salud Reproductiva en América Latina*. Libro Universitario regional.
- Güida, C., & López-Gómez, A. (noviembre 2012). Estudios sobre Varones y Masculinidades para la generación de políticas y acciones transformadoras. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 240-251. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/4758/475847408011.pdf>
- Laza, C. (2008). *Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción*. Revista Teoría y Praxis Investigativa, Volumen 3 - No. 2, septiembre - diciembre de 2008 Centro de Investigación y Desarrollo CID / Fundación Universitaria del Área Andina

