



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Aspilcueta-Gho, Daniel

ROL DEL VARÓN EN LA ANTICONCEPCIÓN, COMO USUARIO Y COMO PAREJA

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 30, núm. 3, julio, 2013, pp. 480-486

Instituto Nacional de Salud

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ROL DEL VARÓN EN LA ANTICONCEPCIÓN, COMO USUARIO Y COMO PAREJA

ROLE OF MEN IN CONTRACEPTION, AS USERS AND PARTNERS

Daniel Aspilueta-Gho^{1,a}

¹ Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES). Lima, Perú.

^a Médico cirujano.

Recibido: 06-07-13; Aprobado: 21-08-13

RESUMEN

Los programas de salud reproductiva han centrado su atención en las mujeres y, por lo general, trabajan poco con los varones. El género no es solo un determinante de inequidad sino que también proporciona explicaciones de los factores que influyen en la salud, en la enfermedad y en la muerte de las mujeres y de los hombres. El presente artículo revisa los factores que se anteponen a la información y a las decisiones sobre el ejercicio de la sexualidad y cómo regular la reproducción. En cuanto al inicio de la vida sexual, los hombres son más precoces pues, en promedio, inician su vida sexual a los 16,8 años. Actualmente el uso de un método anticonceptivo por parte de los varones es de 54,2%; el 39,5% opta por los métodos modernos, mientras que el 14,5% por los métodos tradicionales. En el Perú están disponibles los métodos de barrera (entre ellos el más usado es el condón); los métodos químicos o espermicidas y los métodos quirúrgicos (la vasectomía). Entre los métodos tradicionales tenemos el del "ritmo", basado en abstenerse durante la fase fértil del ciclo menstrual, y el coito interrumpido. La función paterna es una función de poder. Las relaciones de género son relaciones de poder y la paternidad conforma estas relaciones. El padre es, ante todo, el garante de la filiación. Es evidente la marginación de los hombres en el proceso reproductivo, siendo subóptimo el acompañamiento que le dan a su pareja en el embarazo, en el parto, o para evitar una muerte materna.

Palabras clave: Anticoncepción; Salud reproductiva; Conducta anticonceptiva (fuente DeCS BIREME).

ABSTRACT

Reproductive health programs have focused their attention on women; in general, they have not worked much with men. Gender is not only a determinant of inequality, but it also provides explanations for the different factors that have an impact on men and women's health, their disease and their death. This article addresses the factors that are prioritized over the information and decisions concerning the exercise of sexuality and how to regulate reproduction. With regards to the beginning of sexual life, men seem to start earlier, in average, they have their first sexual relation at 16.8 years old. As to the use of contraceptive methods, currently 54.2% of men declare to use them. Out of these, 39.5% choose modern methods whereas 14.5% prefer traditional ones. In Peru, among the modern methods available are the barrier methods (the condom being the most used), the chemical methods or spermicides, and the surgical methods (vasectomy). Among the traditional ones are the "rhythm", based on abstinence during the fertile phase of the menstrual cycle, and the *coitus interruptus*. The father's role is one of power. Gender relations are relations of power, and parenthood is part of these relations. The father is, above all, the provider of filiation. Marginalization of men in the reproductive process is evident. Their support to their partner is suboptimal, whether it is during pregnancy, during delivery or to prevent the death of the mother.

Key words: Contraception; Reproductive health; clinical; Contraception behavior (source: MeSH NLM).

ANTECEDENTES

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) establece claramente una nueva agenda haciendo hincapié en las responsabilidades y la participación en los servicios de salud reproductiva del varón. Se produjeron cambios fundamentales, en comparación a las conferencias anteriores. Entre ellos destacan: un nuevo concepto "de la salud reproductiva" más amplio e integral que el de "planificación familiar"; el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión

fundamental de las personas, y la consideración de que es la mujer quien debe controlar su propia fecundidad y decidir libremente las condiciones que permitan que esto ocurra ⁽¹⁾.

Los programas de salud reproductiva tradicionalmente han centrado su atención en las mujeres y, en general, se excluye a los hombres. Sin embargo, los resultados de estudios recientes han revelado que los hombres pueden apoyar y alentar el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva de manera significativa ⁽²⁾.

Citar como: Aspilueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):480-6.

No obstante, a pesar del consenso mundial y el compromiso de los gobiernos para desarrollar acciones encaminadas a cumplir los acuerdos, tanto en la aplicación de las políticas y programas de salud reproductiva y sexual a nivel nacional, como es el ejercicio cotidiano de los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso de las personas a los servicios, se han presentado contradicciones y obstáculos que no han facilitado los procesos políticos, económicos y socioculturales en este campo.

A partir de la CIPD El Cairo (1994), el nuevo enfoque de la salud reproductiva pone especial énfasis en dar prioridad a la equidad e igualdad de género, como una condición necesaria para que las mujeres sean capaces de tomar sus propias decisiones y atender sus necesidades referidas a salud y bienestar. Este enfoque orienta de una manera privilegiada los esfuerzos y las acciones para empoderar a las mujeres, modificando de esta forma las condiciones de subordinación social a las que se han visto sometidas y que han impedido que sean activas protagonistas de decisiones para su vida, su bienestar y la de su familia.

El género no es solo un determinante de inequidad sino proporciona un eje que explica muchos de los factores que afectan la salud y son causa de muerte de las mujeres y de los hombres. Por razones biológicas las mujeres son las que asumen en sus cuerpos el embarazo, el parto y el puerperio y, por lo mismo, existen necesidades específicas para atender estos procesos ^(3,4).

En consecuencia, los riesgos para la salud que se derivan de tales eventos no solo están relacionados con estos roles biológicos en sí. También inciden con las posibilidades de ser atendidas o desatendidas de estos problemas, las labores domésticas que realizan con o sin apoyo de sus parejas masculinas aun en esos períodos, y la capacidad de decidir sin intermediaciones sobre los cuidados a recibir, y la oportunidad de estos. Estas variables están íntimamente relacionadas con la clase social, la equidad, o la inequidad de género ^(5,6).

Rebeca Cook afirma que la salud reproductiva es un componente importante de la salud de los hombres y de las mujeres, sin embargo, es más crítica para las mujeres ⁽⁸⁾. Una buena parte de la carga de las enfermedades femeninas está relacionada con sus funciones y su potencial reproductivos, y con la forma en que la sociedad trata a las mujeres.

En teoría, y con rango constitucional, en el Perú es posible decidir libremente sobre la procreación. Pero no es suficiente para las mujeres el que exista esta legislación que da libre determinación. Tampoco es suficiente que reciban información sobre sus derechos y sobre la variedad de métodos anticonceptivos disponibles en el mercado. Es

necesario, a su vez, darles diversas condiciones para que ellas puedan ejercer ese derecho ⁽⁷⁾.

La existencia de iguales oportunidades para los hombres y para las mujeres de acceder a la educación, a las condiciones materiales para el acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva, y la capacidad para adquirir anticonceptivos, todas ellas muy relacionadas con la superación de los niveles de pobreza, son condiciones necesarias, pero esto no es suficiente.

Existen una serie de inequidades que se anteponen a los deseos de las mujeres y que les impiden, aun cuando tengan la información adecuada, a optar libremente sobre cómo ejercer su sexualidad y cómo regular su reproducción. Por ejemplo, como consecuencia de los largos procesos de socialización patriarcales, sexistas y jerárquicos, se ha logrado una fuerte internalización, en muchas mujeres, de su papel subordinado, con actitudes de sumisión y un escaso empoderamiento ante las decisiones y privilegios masculinos. Esto hace que la negociación sobre las medidas de protección de embarazos no deseados, que generalmente son asumidos por las mujeres, las tienen que enfrentar desde una posición de menor poder ⁽⁸⁾.

Muchos embarazos no deseados de adolescentes, y también de las mujeres adultas, han sido producto de la violencia sexual, de agresiones, y de situaciones menos evidentes como el acoso sexual o el chantaje emocional, como el probar su amor o su afecto con sexo ⁽⁹⁾.

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. 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 ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

La información estadística obtenida mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en varones, del año 2008, y la ENDES 2011 (aplicada a mujeres), demuestran el temprano inicio sexual de los hombres en

comparación con el de las mujeres, siendo este antes de los 15 años. Así mismo, se observa que el inicio de la actividad sexual es más frecuente antes de cumplir los 18 años, edad en la que ya el 66,4% de los hombres y el 39,0% de las mujeres han experimentado su primera relación sexual.

Mientras siete de cada diez mujeres reconocen haber tenido su primera relación sexual antes de los 22 años, ello ocurre en más de nueve de cada diez varones de esa misma edad. Este inicio muestra que los hombres son más precoces en dos años, ya que su inicio es a los 16,8 años, mientras que en las mujeres es a los 18,9 años. Cabe destacar que las relaciones sexuales se han convertido en parte algo habitual para muchos adolescentes y jóvenes. En este sentido, ha dejado de ser un tabú o una experiencia reservada solo para el matrimonio. Estas experiencias son tan normales en la vida de los adolescentes, que se están convirtiendo en parte de su socialización. Al mismo tiempo, esta socialización ejerce una fuerte presión para quienes aún no han tenido relaciones sexuales ⁽¹³⁾.

Existe un variado contexto en el que los adolescentes y jóvenes comienzan sus primeras relaciones sexuales. La mayoría de estudios muestra que cerca de dos tercios de los adolescentes tienen su inicio sexual con una pareja estable, enamorada, novia o pareja, y cerca de un tercio con una ocasional ⁽¹⁰⁾. Esta "normalidad" de las relaciones sexuales, paradójicamente, se enfrenta con un grupo de prohibiciones y restricciones en el ámbito de la familia, la escuela y la iglesia. En el mundo de los adultos, y en el discurso oficial de las instituciones, se trata de desestimular, sancionar y castigar las relaciones sexuales adolescentes. Sin embargo, este inicio es cada vez más precoz.

PRIMERA UNIÓN

La edad es un factor importante de la fecundidad; en países como el nuestro, con alta población joven, es necesario tener en cuenta que la edad al momento de la unión es una variable que cumple un rol significativo en la fecundidad. Las uniones tempranas, en general, tienen una mayor fecundidad. En el grupo de varones la edad media de ingreso al matrimonio o convivencia es de 24,5 años; en el área urbana es posterior a los 25,1 años, y en área rural a los 23,4 años.

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El conocimiento de métodos anticonceptivos es un requisito previo para su uso. Sin ello, es imposible siquiera pensar en la posibilidad de usarlos. Cuando

en una encuesta se pregunta el conocimiento, en realidad se quiere decir que se declara "saber que existe". Significa que lo ha escuchado o lo ha visto, aunque no tenga noción adecuada de la forma correcta de uso, como de hecho en general ocurre ^(14,15). La reciente ENDES nos muestra que el conocimiento de métodos anticonceptivos es amplio y uniforme en la población masculina. El 98% citó algún método moderno y el 88%, uno tradicional. La desagregación por áreas, por región y por edad, no muestra diferencias relevantes.

Al ordenar los datos por método y por nivel de conocimiento se ratifica que el más conocido es el condón, se puede observar variaciones en el segundo método, de acuerdo con el lugar de residencia y edad de los informantes. Por ejemplo, en el área urbana el segundo método más conocido es la píldora; mientras que en el área rural es el inyectable (más popular que el ritmo y la píldora). En general, los estudios muestran que el conocimiento para cada uno de los métodos es mayor en el área urbana. Llama la atención que en el área rural el dispositivo intrauterino (DIU) sea más conocido que la vasectomía. Por su parte, la popularidad de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en el área urbana es dos veces y media superior que en el área rural, así como son los anticonceptivos vaginales e implantes.

En comparación al año 1996, el conocimiento de métodos anticonceptivos en varones se mantiene casi al mismo nivel, es decir que alrededor del 98% de entrevistados conoce algún método, habiéndose compensado el ligero aumento del conocimiento de métodos modernos en el año 2008 con la leve disminución del conocimiento de métodos tradicionales en el mismo año.

Una forma indirecta de entender la influencia del conocimiento del anticonceptivo en su uso posterior es examinar cuántos de los que conocen un determinado método lo han usado alguna vez. Para afinar la comparación se ha analizado solo los métodos masculinos, incluyendo el ritmo y el coito interrumpido. La información revela que, cuando se trata del condón, en el área urbana de quienes lo conocen (99,3%), el 75% lo ha usado alguna vez, siendo este porcentaje de 65% en el total de la muestra y de 48% en el área rural. En el caso de la esterilización masculina, el conocimiento, que es bastante extendido en la muestra, no se manifiesta en un incremento de su uso, el cual permanece bajo.

Es decir, que conocer no significa usar. El porcentaje de varones que se ha hecho la vasectomía es 0,4%, cifra que es igual en el área urbana y rural; a pesar que

el conocimiento en el área urbana es 82% y en el área rural es de 57%.

La relación entre conocimiento y “usó alguna vez” puede no ser coherente cuando se examinan los métodos femeninos, en razón de que es muy probable que el varón desconozca la práctica anticonceptiva de su pareja, situación que se refiere con frecuencia por mujeres de algunos sectores de la población que, ante la oposición de su pareja, optan por usar un método a “escondidas”, en secreto. Para ello preferirían el inyectable o el DIU, que son métodos de larga duración. De modo que la declaración dada por los varones puede estar subestimada.

USO ACTUAL DE UN MÉTODO

El uso actual de un método por parte de los varones, particularmente cuando se trata de una práctica sistemática y eficiente de protección anticonceptiva, puede ser tomado como un indicador del nivel de compromiso con su propia procreación y con la de su pareja, así como de la calidad, disponibilidad y acceso a los servicios de salud reproductiva.

En la ENDES masculina, se observa que poco más de la mitad de los varones (54,2%) usa actualmente un método anticonceptivo, distribuyéndose por tipo de método en: 39,5% para métodos modernos y 14,5% para tradicionales. La prevalencia masculina referida al uso actual de métodos anticonceptivos (en varones de 15 a 59 años) es casi nueve puntos porcentuales superior a la prevalencia femenina global registrada en el periodo 2004-2006 que fue de 45,8%. Esta diferencia es atribuible al mayor uso de métodos modernos declarado por los varones: 39,5% (si bien no son solo ellos –o mayormente– los que los usan, sino su pareja) frente al 30,9% por las mujeres.

El tipo de método aporta diferenciales interesantes que se refieren básicamente a las situaciones geográficas y sociales diferentes. El uso de métodos modernos es superior en Lima Metropolitana e inferior en la sierra. Los métodos tradicionales son más populares en la sierra; mientras que en Lima Metropolitana su práctica es escasa. Estas diferencias se explican por una mejor disponibilidad de información, y un mayor acceso a los métodos modernos en Lima que en el interior del país. En la selva y el resto de la costa, la prevalencia de métodos modernos y tradicionales es bastante parecida.

Con referencia a la edad, el uso de métodos es bajo entre los adolescentes (20%), en concordancia con su condición mayoritaria de solteros y sexualmente

poco activos. El porcentaje de usuarios de métodos aumenta con la edad del informante hasta los 39 años, decreciendo entre los adultos hasta reducirse a un valor bastante bajo (37,5%) entre los 50 y los 59 años. No obstante, a esas edades si bien decrece la actividad sexual, el 67% declara ser sexualmente activo y, por consiguiente, en riesgo de embarazar a su pareja.

En general, los datos por edad muestran que en el año 2008, con respecto al año 1996, existe un mayor uso de anticonceptivos modernos y una disminución del uso de métodos tradicionales en la mayoría de los grupos de edad. Gran parte de esas diferencias son atribuibles a la difusión del uso del condón entre los adolescentes y entre los jóvenes hasta los 29 años.

UN POCO DE HISTORIA SOBRE EL HOMBRE Y LA PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA

A pesar del tímido papel histórico del hombre en la anticoncepción, fue este quien empezó a meditar sobre el tema, con el masivo uso del coito interrumpido. Este método era conocido desde la antigüedad, pero su uso no ha tenido siempre la misma extensión. Así, por ejemplo, en el siglo XIV se daban argumentos en su contra afirmando que era una práctica insana; su uso en el matrimonio no era frecuente, debido a que se le asociaba con las prácticas extramatrimoniales y la prostitución. A pesar de diversas concepciones “machistas”, el hombre ha ido asumiendo un papel cada vez más importante en la decisión de controlar el tamaño de su descendencia y, por ello demanda, cada vez con mayor frecuencia, métodos anticonceptivos.

OPCIONES ACEPTABLES PARA LOS HOMBRES Y SU PAREJA

El anticonceptivo masculino idóneo sería aquel que reuniera las siguientes condiciones:

- Ser aceptable para la pareja;
- Ser 100% eficaz en prevenir el embarazo;
- Tener un costo asequible;
- Sin efectos secundarios;
- Ser efectivo rápidamente;
- Sin riesgos para la salud;
- No afectar la virilidad, la libido y la potencia sexual;
- No interferir en la espontaneidad del coito;
- Ser eficaz en la prevención del VIH-ITS; otras enfermedades de transmisión sexual. (muchos métodos no ofrecen protección adicional contra las ITS – VIH. En general, los condones son la mejor

opción de prevención adicional. Se promociona ahora la doble protección, cuando existe un alto riesgo de ITS;

- Estar disponible (puede usarse el método sin prescripción, sin visita del médico o del profesional de la salud);
- Tener un 100% de reversibilidad en el momento deseado (la fertilidad posterior es un tema que preocupa y ha sido el factor más revisado para aprobar nuevos métodos);
- Adicionalmente, debe existir un compromiso de la pareja, se requiere de la buena voluntad de un miembro de la pareja para aceptar y apoyar el adecuado uso de un método determinado. Es un asunto relevante que puede afectar las opciones que podrían ser usadas.

OPCIONES DISPONIBLES

De igual forma que los anticonceptivos femeninos, los métodos masculinos pueden clasificarse en:

A. MÉTODOS MODERNOS

Métodos de barrera: el método de barrera masculino más frecuente es el preservativo o condón. Según la OMS, puede decirse que si se utiliza correctamente, la eficacia de los preservativos es del 98%. La mayoría de los fallos se deben al uso irregular y a defectos en la técnica de colocación.

Métodos químicos o espermicidas: el objetivo principal de los distintos fármacos que pueden ser utilizados como anticonceptivos masculinos es bloquear la producción de espermatozoides. Este bloqueo puede realizarse por medio de agentes citotóxicos antiespermatogénicos o mediante la interferencia hormonal del epitelio germinal del testículo, bloqueando la producción de unas hormonas producidas en la hipófisis. A escala clínica, la anticoncepción farmacológica más utilizada ha sido la administración de testosterona o productos androgénicos.

Métodos quirúrgicos: en la actualidad hay un único método eficaz, que actúa interfiriendo el paso de los espermatozoides por la vía seminal. Este método es conocido como vasectomía. Consiste en impedir el paso de los espermatozoides desde su lugar de producción, en el interior de los testículos, al líquido seminal, por medio de la sección de los conductos deferentes. Como método se requiere que se haya realizado un análisis de semen al varón en el cual no se observe ningún espermatozoide, lo cual viene

a suceder entre los dos y tres meses posteriores a la intervención.

B. MÉTODOS TRADICIONALES

Ritmo o calendario: se basan en la abstención de relaciones sexuales con penetración durante el periodo fértil del ciclo menstrual. Estos métodos están pensados para parejas estables y necesitan la participación de ambos.

Coito interrumpido: es el método más antiguo conocido de la planificación familiar. Consiste en la interrupción del acto sexual inmediatamente antes del orgasmo, con lo cual la eyaculación tiene lugar fuera de la vagina. Este método presenta una gran tasa de falla (cerca del 30%) por lo que su uso es poco recomendable.

EN BUSCA DE OPCIONES MODERNAS DE EFICIENTE ANTICONCEPCIÓN MASCULINA

Tratamiento hormonal. El concepto de manipular la función hormonal masculina para la anticoncepción es anterior a la era de la anticoncepción hormonal femenina. Desde entonces, las píldoras anticonceptivas femeninas han dominado el mercado. Es muy complejo encontrar fármacos que igualen o mejoren la seguridad, la eficacia y la reversibilidad de las píldoras anticonceptivas femeninas. La vasectomía tiene una tasa de falla de 1 en 2000, por lo que es difícil encontrar algo mejor.

Mucho se ha publicado sobre la seguridad y la eficacia de los diferentes métodos de anticoncepción masculina basados en hormonas, pero no ha habido un claro consenso sobre la forma de medir el éxito para suprimir la espermatogénesis. Diversos progestágenos se han utilizado en múltiples estudios de hombres para suprimir la espermatogénesis y la producción de testosterona. Estos fármacos al usarlos solos han presentado efectos secundarios significativos, tales como la pérdida de la libido y disfunción eréctil.

El desogestrel es un progestágeno oral potente que se convierte en el agente activo, el etonogestrel. Un estudio realizado en centros de Escocia y China con desogestrel oral y cápsulas de testosterona depot produjo supresión de la espermatogénesis con azoospermia en el 100% de los hombres. Un estudio posterior más grande, realizado por los mismos investigadores, mostró una excelente supresión de espermatozoides con implante de testosterona - progesterona combinada de uso mensual. La combinación de estos dos medicamentos administrados cada tres

meses fue una opción aceptable para los pacientes. Un ensayo multicéntrico prometedor de fase dos, realizado por Schering – Organon, se inició en el año 2003, pero terminó en el año 2006 por razones poco claras ^(16,17).

El anticonceptivo masculino hormonal ideal con las características mencionadas aún no existe.

OPOSICIÓN DE LA PAREJA AL USO DE ANTICONCEPTIVOS

En la práctica, la mayoría de los métodos anticonceptivos han sido diseñados y están disponibles para el uso femenino, los programas de planificación familiar van dirigidos en general a las mujeres. Se toma poco en cuenta que ellas no son las únicas que toman decisiones relativas al uso de anticonceptivos. La mujer debe aceptar estas decisiones amenazada por temor a la violencia, al abandono, al divorcio o el rechazo por parte de su pareja, y a la exclusión social. Esto, con frecuencia, se suma a la dependencia económica del varón, lo cual hace que la mujer se vea limitada en su derecho a decidir en el número de hijos, el momento de tenerlos y el uso de la planificación familiar. Existen diversas razones por las que un hombre objeta a la planificación familiar, unos desean tener más hijos, mientras que otros se oponen al uso de los métodos modernos, inclusive algunos no quieren usarlos porque temen que sus mujeres les sean infieles si están protegidas contra el embarazo. Mientras que otro grupo quiere controlar el comportamiento de la pareja, o argumenta razones religiosas.

HOMBRE, EMBARAZO Y NATALIDAD

Según José Olavarría, la función paterna es una función de poder. Tanto como las relaciones de género son relaciones de poder, la paternidad y su espectro vincular conforma relaciones de poder. El padre, que es ante todo el garante de la filiación, otorga un lugar social al individuo. De ahí el estigma de aquel que no tiene un padre que lo nombre, que lo sitúe en una red simbólica e imaginaria de intercambio.

La masculinidad y la paternidad se retroalimentan y determinan. El modelo hegemónico de masculinidad se ordena en torno a la función paterna; su figura central es el padre y su prescripción fundamental llama a todo hombre a ser un patriarca. Este modelo debería ser un elemento estructurador de las identidades individuales y colectivas, puesto que contiene una serie de mandatos que operan a nivel subjetivo, entregando pautas de identidad, de afecto, comportamiento y de vínculo, difíciles de soslayar por los sujetos involucrados en él, si quieren evitar la marginalización o el estigma. Vivimos,

según algunos, en un patriarcado; es decir, en la cultura del padre, donde él es el personaje hegemónico y está investido simbólicamente de los mayores poderes, pues “es el responsable de la continuación de la especie”.

Aún hoy se observa la marginación de los hombres en el proceso reproductivo. Se expresa, por ejemplo, en la poca o ninguna presencia en acompañar en dicho proceso a sus compañeras sexuales, ni en el embarazo, el parto, el posparto, para prevenir un aborto, en una muerte materna, en un embarazo o para desarrollar la paternidad. El prototipo de relación que excluye a los hombres de estos procesos ha sido reforzado por un sistema de salud, orientado a la atención “materna-infantil” donde la atención a las necesidades de salud de los hombres no está contemplada.

EN BUSCA DE UNA ACTIVA PARTICIPACIÓN Y SERVICIOS AMIGABLES

Durante los últimos veinte años muchos de los que trabajamos en el campo de salud reproductiva nos damos cuenta de la necesidad de contar con una participación constructiva del hombre en los programas y servicios de salud pública. Se reconoce que el hombre, en general, no es indiferente, está interesado en recibir información y servicios de planificación familiar y salud reproductiva, tanto para su pareja como para sí mismo, puesto que los necesita y que su salud individual depende, en gran parte, de la existencia de una armoniosa relación entre las dos personas involucradas.

Nos enfrentamos a un sistema de salud que debe ampliar sus horizontes y responder a estas demandas. Debemos orientar los servicios de salud y planificación familiar hacia una mayor participación masculina. Una respuesta que facilite decisiones conjuntas de la pareja constituye la forma eficaz para conseguir la participación del hombre. Se debe establecer las estrategias para su activa participación. Los resultados esperados son un mayor bienestar personal, de pareja y familias fortalecidas. El sistema de salud debe responder a estos desafíos desde la demanda mejorando y adaptando la oferta.

CONCLUSIONES

El hombre no es indiferente al proceso reproductivo, está interesado en recibir información y servicios de planificación familiar, tanto para su pareja como para sí, puesto que necesita que su salud mantenga una armoniosa relación con su pareja e hijos. Se requiere que el sistema responda a esta demanda. Se tiene la

edad como importante factor vinculado a la fecundidad. En el varón se presenta un temprano inicio de la vida sexual, con 98% de conocimiento de anticonceptivos. Sin embargo, el uso de métodos masculinos sigue siendo bajo.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cook RJ. *Women's health and human rights: the promotion and protection of women's health through international human rights law*. Geneva: World Health Organization; 1994.
2. Ezeh AC, Seroussi M, Raggars H. Men's fertility, contraceptive use, and reproductive preferences. Demographic and health surveys comparative studies. N°. 18. Calverton, Maryland: Macro International; 1996.
3. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, Heinemann LA. *Expectations toward a novel male fertility control method and potential user types: results of a multinational survey*. J Androl. 2005;26(2):155-62.
4. Page ST, Amory JK, Bremner WJ. *Advances in male contraception*. Endocr Rev. 2008;29(4):465-93. doi: 10.1210/er.2007-0041
5. Shahjahan M, Mumu SJ, Afroz A, Chowdhury HA, Kabir R, Ahmed K. *Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study*. Reprod Health. 2013;10(1):27.
6. Casas Gorgal A. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia sexual hacia niños / as y adolescentes? En: Instituto Interamericano del Niño. La protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual. Montevideo: IIN-OEA; 2003. p. 47-100.
7. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Perú: salud sexual y reproductiva de los varones, 2008. Informe general*. ENDES Varones, 2008. Lima: INEI; 2010.
8. Lundgren RI, Gribble JN, Greene ME, Emrick GE, de Monroy M. *Cultivando el interés de los hombres por la planificación familiar en las zonas rurales de El Salvador*. Studies in Family Planning. 2005;36(3):173-90.
9. La protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual. IIN OEA 2003. Pag 56 – 58. PERÚ- Examen Periódico Universal. CLADEM Ene 2008 Pag 11
10. *Informe: conocimiento y percepción del riesgo de los adolescentes acerca de las ITS, VIH-SIDA*. Arequipa, Lambayeque y Lima. Lima: INPPARES; 2009.
11. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil: condicionantes sociodemográficos e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones*. Lima: INEI; 2002.
12. Quiroz Díaz NA, Gil Henríquez A. *Actitudes e información del varón relacionados a la aceptación de métodos anticonceptivos en zonas urbano-marginales de Trujillo*. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. 2009;1(4).
13. Ramos Padilla M. *La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006;23(3):201-20.
14. Herrera G, Rodríguez L. *Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva* [Internet]. Quito; FLACSO [citado el 22 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.flacso.org.ec/docs/samasherrera.pdf>
15. Ringheim K. *When the client is male: client-provider interaction from a gender perspective*. International Family Planning Perspectives. 2002;28(3):170.
16. Page ST, Amory JK, Bremner WJ. *Advances in male contraception*. Endocr Rev. 2008;29(4):465-93.
17. Manetti GJ, Honig SC. *Update on male hormonal contraception: is the vasectomy in jeopardy?* Int J Impot Res. 2010;22(3):159-70. doi: 10.1038/ijir.2010.2

Correspondencia: Daniel Aspilcueta Gho
 Dirección: Av. Guiseppe Garibaldi 125, Lima 11, Perú
 Teléfono: 01 6402002
 Correo electrónico: daspilcueta25@gmail.com