

Informe Técnico N° 3

**Alianzas con los hombres: Un enfoque nuevo
en la salud sexual y reproductiva**

Sylvie I. Cohen,
Jefa, Unidad de advocacy e IEC, División de apoyo técnico
y
Michèle Burger
Asesora

FNUAP
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Diciembre del 2000



Los **Informes Técnicos** constituyen una serie de publicaciones periódicas del FNUAP que informa sobre temas técnicos y políticos importantes relevantes a programas nacionales o internacionales de población y salud reproductiva.

Actualmente, el FNUAP también publica informes en las series siguientes: **Informes de evaluación, Notas de Asesoría Programática, Informes Técnicos y Trabajos Técnicos y de Política.**

Copyright © UNFPA

220 East 42nd Street
New York, NY 10017
USA

Notas: Las ideas expresadas y las interpretaciones presentadas en este Informe Técnico son de las autoras y no reflejan necesariamente las del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

PREFACIO

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) abrió nuevo camino al endosar la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva, una esfera que hasta aquel momento no hacía caso de su papel activo. En el 1995, el FNUAP publicó el primer Informe Técnico sobre “La participación masculina en la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual”. Los avances tremendos que han ocurrido durante los últimos cinco años en la investigación de los hombres y las masculinidades, en el sentido de urgencia con la pandemia del VIH/SIDA, en la visibilidad de la violencia basada en género, y en el entendimiento del papel que desempeñan los desequilibrios de género en las relaciones sexuales y la salud reproductiva nos han impulsado a que reflexionemos sobre nuevas direcciones para el trabajo con hombres. Varias prácticas excelentes del FNUAP y las intervenciones programáticas innovadoras de otras organizaciones en estas áreas también merecen reconocimiento y replicación. Este informe intenta captar tal progreso y recomendar estrategias programáticas prometedoras en las áreas de la creación de alianzas con los hombres; la equidad de género; y el compromiso de los hombres en el enfrentamiento de los temas urgentes como la prevención de las ETS y el VIH/SIDA, la reducción en los embarazos no deseados, la mortalidad y morbilidad materna, y la violencia basada en género, y en la satisfacción de sus propias necesidades de salud reproductiva y educación. El consenso creciente sobre un enfoque en los hombres jóvenes nos da esperanza, dado el papel crítico que su socialización y educación desempeñan en la determinación de la manera en que consideran a las mujeres y de sus futuros comportamientos sexuales y reproductivos. Creo firmemente en que las intervenciones tempranas con los hombres jóvenes y muchachos constituyen una oportunidad importante para la promoción de la equidad de género y en la reducción de los comportamientos de riesgo. Es clave empoderar a los muchachos y hombres jóvenes, a través de las escuelas y estrategias comunitarias, con habilidades de negociación, modelos a imitar y redes que les apoyen, nociones positivas de la sexualidad y las relaciones de género, y el acceso a servicios amigables para jóvenes. Similarmente, se requiere esfuerzos intensivos para empoderar a los hombres a que exploren nuevos papeles familiares; expresen sus necesidades y busquen ayuda; discutan temas delicados como la anticoncepción, la reducción de riesgos y la prevención de las ETS y el VIH/SIDA, y sus intenciones reproductivas con sus parejas; y tomen decisiones en conjunto sobre estos temas. Este documento refleja el compromiso del FNUAP a la promoción e implementación del cambio, con el apoyo de otras agencias de las Naciones Unidas, ONG, líderes políticos/as y religiosos/as, activistas, educadores/as, empleadores/as, los medios de comunicación masivos, esposos, parejas, padres y madres, adolescentes masculinos, miembros de la comunidad y

proveedores/as de servicios. Espero que sirva de inspiración para obtener resultados más fuertes y concretos en esta área crítica y compleja.

Dra. Nafis Sadik

Directora Ejecutiva, FNUAP

RECONOCIMIENTOS

Les agradecemos a aquellas personas que libremente compartieron su producción en el borrador: Dr. Berti Autsveg, Gary Barker, Sam Clark, Margaret E. Greene, Paul Bloem, Ruth Hayward y Michael Kaufman; a aquellas que discutieron y debatieron diferentes secciones de este documento en varias fases de su desarrollo: María José Alcalá, Delia Barcelona, Stan Bernstein, Dra. France Donnay, Dr. Nick Dodd, Dra. Lindsay Edouard, Riet Groenen, Dr. Carlo Laudari, Annemiecke de Los Santos, Wariara Mbugua, Luis Mora, Mohamed Nizamuddin, Dra. N. Sadik, Mari Simonen, Kerstin Trone y Marcela Villarreal; y a aquellas que cooperativamente compartieron la literatura reciente que ayudó que este documento fuera actualizado, incluyendo a Patrick Friel, Judith Helzner, Shireen Jejeebhoy, Dirk Jena, Dr. Malika Ladjali, Ann Leonard, Dr. A. Olukoya, Julie Pulerwitz, Dr. Iqbal Shah, John Townsend, Mary Nell Wagner y otros miembros del Sub-Comité sobre los Hombres y la Salud Reproductiva de USAID.

Iram Batool, un interno en el FNUAP, preparó los estudios de casos de las experiencias programáticas del FNUAP; Tarik Benbahmed, un interno en el FNUAP, organizó los materiales, condujo una búsqueda general de la literatura y preparó un resumen de la literatura específicamente sobre los adolescentes masculinos y el VIH/SIDA; y Maria Holtsberg, una interna en el FNUAP, ayudó con la investigación y los estudios de caso. Madeleine Sacco, de la División de Apoyo Técnico del FNUAP, fue más allá de sus responsabilidades en la organización de los cuadros.

Traducción en español: Zhenja La Rosa

ÍNDICE

<i>Resumen ejecutivo</i>	i
<i>Introducción</i>	21
Capítulo Uno LA ECUACIÓN DE LA MASCULINIDAD	41
Entendiendo las presiones sociales sobre los hombres.....	42
Esteriotipos aprendidos de identidad masculina	44
Algunas implicaciones para programas futuros de los estudios de masculinidades.....	46
Esteriotipos sexuales rígidos aumentan el riesgo y la vulnerabilidad de hombres y mujeres.....	50
Se necesita crear nuevos modelos de la paternidad y de la crianza de hijos/as.....	55
La violencia basada en género y los hombres.....	60
Los hombres y la prevención de la mortalidad materna	66
Los cambios políticos para lograr alianzas entre hombres y mujeres	68
Capítulo Dos ACTITUDES Y PRÁCTICAS MASCULINAS EN LAS ÁREAS DE REPRODUCCIÓN, SEXUALIDAD Y SERVICIOS	71
El papel de los hombres en la crisis del SIDA	71
Intenciones reproductivas, conocimientos y prácticas de los hombres como parejas casados	75
Los papeles de los hombres en la toma de decisiones en pareja sobre la reproducción y la sexualidad	82
Las necesidades de salud reproductiva de los hombres como clientes	89
Sistemas de salud que refuerzan las posiciones desiguales de los hombres y las mujeres....	92
Capítulo Tres ORIENTACIÓN DE PROGRAMAS FUTUROS	95
Cuatro marcos programáticos, abordamientos correspondientes y resultados esperados....	97
El marco de planificación familiar pre CIPD.....	98
El marco de hombres y la planificación familiar.....	99
El marco de igualdad de los hombres.....	101
El marco de equidad de género en la salud reproductiva.....	102

Resultados esperados de AHSSR y los indicadores.....	104
Capítulo Cuatro CONSIDERACIONES PROGRAMÁTICAS.....	112
El enfrentamiento a los temas éticos.....	113
La asignación de recursos y los costos de programas para hombres: ¿Desvían recursos de programas para mujeres?	114
La necesidad para un enfoque integral y multidimensional	119
La adopción de un enfoque en el ciclo vital para evaluar los perfiles y necesidades de los hombres	121
La necesidad para mayor investigación, monitoreo y evaluación para aprender sobre las perspectivas de los hombres sobre la sexualidad, la violencia y asuntos familiares, y para identificar estrategias que producen resultados exitosos.....	123
Capítulo Cinco CAMBIAR LA CULTURA, LAS POLÍTICAS Y EL COMPORTAMIENTO POR MEDIO DE LA COMUNICACIÓN....	127
Advocacy: El nuevo énfasis en programas de comunicación dirigidos a hombres	128
Estrategias de advocacy para cambiar la cultura y la política, con un enfoque sobre los hombres y los papeles de género.....	133
El comportamiento individual cambia a través de estrategias de información, educación y comunicación (IEC)	147
Recomendaciones estratégicas sobre la comunicación: lecciones aprendidas de la experiencia	151
Capítulo Seis INTERVENCIONES DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DIRIGIDAS A HOMBRES.....	165
Las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres	166
Métodos masculinos disponibles para la planificación familiar y la prevención del VIH/SIDA.....	168
La gama de servicios de salud sexual y reproductiva para los hombres	176
La integración de servicios de ETS y planificación familiar	179
¿Proveer servicios especiales para los hombres o utilizar servicios existentes?	180
¿Existe una idea especial de la calidad de atención para los hombres?	183

La capacitación de proveedores/as para trabajar con los hombres	190
Esquemas de distribución de suministros de salud reproductiva	193
Llegar a los hombres en programas basados en el empleo	198
Llegar a los hombres a través de grupos organizados.....	201
Capítulo Siete ALCANZAR A LOS HOMBRES Y ADOLESCENTES	
MASCULINOS.....	204
La adolescencia: una etapa para formar la identidad de los hombres jóvenes	206
Las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres jóvenes	208
Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes	213
Servicios de salud reproductiva amigables para los y las jóvenes.....	227
Conclusión.....	236
Bibliografía.....	241

LISTA DE CUADROS

Introducción

Conferencias recientes sobre la participación masculina en la salud sexual y reproductiva30

Capítulo uno

Expectativas aprendidas comunes de qué los hombres deben hacer en el área de sexualidad y.....46
papeles de género

Reflexiones de un taller de CANTERA sobre la sexualidad y la masculinidad.....53

Contraste entre el modelo hegemónico de masculinidad y los paradigmas nuevos de paternidad.. 59

Lo que dijeron los hombres en Tanzania sobre la violencia contra las mujeres.....63

Capítulo tres

Los maracos y los enfoques correspondientes a “los hombres como allados”

Resultados de comportamiento esperados de programas de salud sexual y reproductiva y derechos basados en la equidad de género, con un enfoque sobre los hombres.....106

Indicadores de comportamiento equitativo de hombres jóvenes en términos de género.....109

Capítulo cuatro

La gama de servicios de salud reproductiva para hombres, según el costo.....118

Capítulo cinco

El innovador programa de advocacy a base popular en Uganda.....135

Compartiendo los quehaceres domésticos en Burkina Faso.....138

Alianzas con la sociedad civil en el área de violencia sexual y doméstica.....141

El trabajo del FNUAP con el sistema de justicia.....143

La campaña “White Ribbon” (Cinta blanca).....145

Segmentación de las características de los hombres, por edad.....153

Los hombres se pueden beneficiar de una mayor igualdad de género.....156

Lecciones aprendidas de la comunicación para llegar a los hombres.....164

Capítulo seis

Síntomas actuales reportados por hombres en una encuesta basada en la población167

Razones por confiar en los condones.....169

Kiribati: El uso de clientes satisfechos como promotores de planificación familiar.....171

Anticonceptivos masculinos que están en prueba175

Servicios incluidos en la salud sexual y reproductiva para los hombres según si se pueden ofrecer dentro de una clínica de planificación familiar o a través de referimientos a otros servicios.....177

Male Call (Llamado a los hombres): Servicios de salud reproductiva, desde una perspectiva de género, en ONG seleccionados en las Filipinas.....182

Maneras de hacer que los hombres se sientan cómodos en un centro de servicios.....184

Nuevas estrategias para llegar a los hombres: Barberías en la República Dominicana.....197

Paraguay: La población, el desarrollo y la salud reproductiva en las fuerzas armadas.....202

Un enfoque nuevo sobre la salud de los hombres en Australia.....204

Capítulo siete

Experiencias con la educación de pares222

Región Árabe: Educación sobre la salud reproductiva para Boy Scouts y Girl Guides.....224

Tailandia: La participación masculina en la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos para adolescentes en las comunidades musulmanas del sur de Tailandia226

Características de un servicio amigable para los y las jóvenes.....	227
La salud reproductiva de adolescentes en Panamá.....	229
Trabajar con peruanos jóvenes en el Centro Juvenil Futuro de INPPPARES.....	232
Lecciones aprendidas de SMASH.....	235

LISTA DE SIGLAS

AHSSR	Alianza con los hombres en salud sexual y reproductiva
AIDSCAP	AIDS Control and Prevention Project
APHA	American Public Health Association
APPROPOP/PF	Appui au Programme de Population/Planification Familiale
AWID	Association for Women in Development
CDS	Center for Development and Health
CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres
CEDPA	Centre for Development and Population Activities
CENEP	Centro de Estudios de Población
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CSP	Clínica de salud primaria
CST	Country Support Team (FNUAP)
ECO	Economic Co-operation Organisation
EDS	Encuesta de Demografía y Salud
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
FHI	Family Health International
FLACSO	Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales
G/PHN	Government/Population, Health and Nutrition
HHRAA	Health and Human Resources Analysis for Africa
ICOMP	International Council on Management of Population Programmes
IEC	Información, educación y comunicación
IGWG	Interagency Gender Working Group
INOPAL	Investigación Operativa y asistencia técnica en planificación familiar y salud materno-infantil en América Latina y el Caribe
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable
IPPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia
IPPF/RHO	Región del Hemisferio Occidental de la IPPF
ITS	Infección de transmisión sexual
IUSSP	Unión Internacional para el Estudio Científico de la población
JHU/CCP	Johns Hopkins University/Center for Communication Programs
JHU/PCS	JHU/Population Communication Services
JHU/PIP	JHU/Population Information Program
MAP	Men as Partners programme (iniciado por AVSC International)
MGF	Mutilación de los genitales femeninos
OCB	Organización comunitaria de base
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS-EMRO	OMS-Oficina Regional para Europa y el Medio Este
OMT	Organización Internacional de Trabajo
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PNUD	Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas
PRH	Programa de Reproducción Humana (de la OMS)
Profamilia/RP	Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia/República Dominicana
RFSU	Asociación Sueca de Planificación Familiar
RHO	Región del hemisferio occidental
SAARC	South Asia Association for Regional Co-operation

SIDA	Swedish International Development Agency
SSRA	Salud sexual y reproductiva de adolescentes
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

RESUMEN EJECUTIVO

Como sugiere el título, el enfoque de este Informe Técnico y Trabajo de Política 2000, “Alianzas con los hombres: Un nuevo enfoque a la salud sexual y reproductiva”, es sobre una perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva y sobre la búsqueda de formas creativas para crear alianzas entre los hombres y las mujeres. Una manera de lograr estas metas es a través de un conocimiento mejor de lo que es ser hombre. La epidemia del SIDA, los esfuerzos continuos para empoderar a las mujeres y lograr la equidad de género, el mandato de la CIPD a satisfacer las necesidades de los y las adolescentes para salud sexual y reproductiva, y el creciente reconocimiento internacional de la violencia contra las mujeres como una pandemia se han combinado para transformar el campo de la población en un campo que representa las transformaciones sociales. Tal como la planificación familiar y la píldora fueron revolucionarias hace 50 años, la creación de alianzas con los hombres en áreas como la sexualidad, las intenciones reproductivas, los nuevos papeles de género, la paternidad y la resolución de conflictos es la revolución que está en marcha al principio del siglo XXI. Este proceso tiene sus raíces en el Programa de Acción de la CIPD, que vincula la población y el desarrollo con condiciones empoderadoras, tales como las relaciones de género mejoradas, la elección reproductiva y la salud reproductiva, y que vincula la reproducción con la sexualidad. La CIPD “exige un enfoque positivo a la sexualidad humana” y manda que la atención de salud sexual incluya “el mejoramiento de la vida y de las relaciones personales y no sólo la consejería y atención relacionada a la procreación o las enfermedades de transmisión sexual”.^a Las acciones futuras del proceso de seguimiento de la CIPD también hacen un llamamiento para la cero tolerancia de las actitudes dañinas y discriminatorias, la discriminación y violencia contra las niñas, y todo tipo de violencia contra las mujeres.^b

El nuevo paradigma propone tres expectativas básicas: una se relaciona a la alianza en la salud sexual y reproductiva, que lleva a la segunda: un hombre equitativo en términos del género; la tercera es que los hombres se apropien de los problemas y que formen parte de la solución.

- Las alianzas entre los hombres y las mujeres significaría que ellos y ellas deciden libremente y con intención a juntar sus fuerzas y decisiones para lograr metas comunes de salud sexual y reproductiva. Otros factores vinculados a la creación de alianzas sostenibles

^a Naciones Unidas, “Report of the International Conference on Population and Development” (El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994), A/CONF.171/13, párr. 7.2.

^b “Key Actions for the Future Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development”, adoptado por la XXI^a sesión especial de la Asamblea General, New York, 30 junio – 2 de julio 1999, párr. 48.

son: la confianza, el respeto, la responsabilidad por decisiones y sus resultados, y la igualdad. La confianza se relaciona a la comunicación y la negociación de la seguridad de las ETS/VIH/SIDA; el respeto incluye las relaciones libres de la violencia; y la responsabilidad invita a las dos personas en la pareja a que tomen decisiones sobre temas relacionados con la sexualidad, el embarazo, la planificación familiar, la atención pos embarazo y la crianza de los hijos y las hijas.

- La noción de un hombre equitativo en términos del género surge de una definición de trabajo que formuló Barker con respecto a los hombres jóvenes: los hombres jóvenes equitativos son “respetuosos en sus relaciones con mujeres y que buscan relaciones basadas en la igualdad con su pareja y en la intimidad en vez de buscar una conquista sexual”.^c
- Finalmente, la toma de responsabilidad de los hombres con respecto a temas relacionados a las relaciones desiguales de género, y el reconocimiento de sí mismos como parte de la solución es el desarrollo más reciente y positivo que hemos visto—algo que merece más atención. Los investigadores masculinos nunca antes se habían esforzado por entender el contexto que refuerza el comportamiento estereotípico, y los hombres y muchachos están cada vez más motivados a encontrar modelos alternativos a imitar, enfrentar las dimensiones de género de todos los temas, y respetar el derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva.

Los temas recurrentes en este documento incluyen la influencia que ejercen los sistemas de género sobre la formación de identidad de los hombres y sobre las relaciones de género, y las expectativas múltiples de y desafíos a ser hombre; los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de los hombres en las áreas de la sexualidad y reproducción; el papel que desempeñan los hombres en la epidemia del VIH/SIDA; la urgencia de enfrentar los varios tipos de relaciones sexuales que tienen los hombres, incluyendo las relaciones sexuales con otros hombres, y de identificar formas en que las parejas pueden negociar la seguridad y la satisfacción en sus relaciones sexuales; las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres y cómo los servicios de salud reproductiva pueden responder mejor a éstas; la necesidad de ir más allá de los enfoques en las necesidades de salud y en la fertilidad, y de incluir legislación, *advocacy* y educación para el cambio de culturas que permiten la violencia e impiden los papeles y decisiones de los hombres y las mujeres; y la necesidad de eliminar las prácticas discriminatorias, incluyendo la preferencia por

^c G. Barker, “Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men” (notas de la investigación para la disertación, julio de 2000).

el hijo varón, el matrimonio temprano, la mutilación de los genitales femeninos (MGF) y la violencia basada en género, que interfieren con el desarrollo social, individual y de la pareja.

Algunas investigaciones e intervenciones nuevas se enfocan en la toma de decisiones en pareja y la comunicación de parejas. Los factores que permiten esto—tales como las redes de apoyo y la educación—son claves en la posibilidad de ofrecer a los hombres y adolescentes las habilidades que necesitan para resistir la presión de sus pares y experimentar con nuevos papeles masculinos. Se necesitan nuevos modelos de la masculinidad para la reducción de la violencia y la participación de los hombres en la prevención de la mortalidad materna y en ser padres alternativos.

Afortunadamente, jamás antes los gobiernos y las ONG habían implementado tantas iniciativas importantes y decisivas en este campo nuevo como ahora; también se les están incluyendo a los hombres en el debate y ellos se están movilizand o en redes nuevas.

Este informe no sólo provee ideas nuevas sobre la complejidad de satisfacer las necesidades de los hombres y las mujeres de manera equitativa, sino también subraya la importancia de los servicios de salud reproductiva bien organizados que integran la planificación familiar con programas de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA. Los y las proveedores/as de salud capacitados/as deben ser capaces de considerar las circunstancias físicas, emocionales y sociales de clientes hombres como aliados e individuos. Todos los y las profesionales de salud, incluyendo diseñadores, gerentes, médicos y personal de primera línea de ambos sexos, deben poder ofrecer servicios amigables a los hombres, especialmente en la consejería, las respuestas a las preguntas que tienen los hombres, y la promoción de la protección doble contra los embarazos no deseados y las ITS. Ellos y ellas deben manejar los intereses potencialmente opuestos con relación a las intenciones reproductivas de los hombres y las mujeres, considerar las implicaciones de salud, particularmente para las mujeres porque ellas cargan los riesgos de salud del embarazo y parto y son más vulnerables a las ITS y las ETS (enfermedades de transmisión sexual), incluyendo el VIH/SIDA. Los y las profesionales de salud también deben tener cuidado en la creación de alianzas con los hombres que aseguren que el “foco del control” no se transfiera de las mujeres a los hombres.

Con respecto a los adolescentes masculinos, las inversiones claves para el futuro incluyen la muestra de modelos positivos a imitar, la provisión de habilidades de resolución de conflicto y otras habilidades de vida, y la educación sexual y la información y servicios de salud reproductiva. Con acceso a estos recursos, las generaciones masculinas menores evolucionarán con un sentido de

comodidad con su identidad y las habilidades que promueven las relaciones equitativas con las muchachas y mujeres y que guían el comportamiento sexual informado y seguro.

El informe provee un resumen de los conocimientos teóricos y operacionales actuales; propone direcciones programáticas, sugiere indicadores para programas, discute algunas consideraciones programáticas e informa sobre las estrategias innovadoras utilizadas en servicios de salud reproductiva que son sensibles al género y en intervenciones de comunicación que intentan crear alianzas con los hombres. Provee el razonamiento para estrategias comprensivas y más complejas y también ilustra las iniciativas recientes de gobiernos, ONG y el sector privado. También subraya la importancia de la utilización de herramientas de género de manera continua para evaluar el servicio y los programas de comunicación.

El siguiente resumen capta los elementos claves de cada capítulo

La **Introducción** resume el consenso internacional sobre la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva y define los conceptos básicos que proveen un marco para programas en población y desarrollo.

Los **Capítulos I y II** proveen el contexto y las razones para el desarrollo de programas que incluyen a los hombres como aliados. El **Capítulo I** describe la masculinidad y explora algunos determinantes y efectos de estereotipos fijos de la masculinidad sobre las mujeres y los hombres con respecto a la salud sexual y reproductiva; también enfatiza la necesidad para el cambio social. Este capítulo también discute las implicaciones que tienen investigaciones recientes sobre la masculinidad realizadas en América Latina, África y el sur de Asia para planeadores/as de programas, particularmente las perspectivas nuevas como el proceso de hacerse hombre y el costo de la masculinidad. Se propone una perspectiva ecológica para incluir los factores contextuales, tales como la cultura sexual y los grupos de toma de riesgo, para situar el ambiente de los comportamientos. Este capítulo también provee ejemplos de cómo los hombres están cambiando y están abandonando un modelo que es cada vez menos alcanzable en un mundo donde las normas sociales están cambiando.

El **Capítulo II** provee un resumen de lo que se sabe sobre las actitudes y prácticas masculinas dominantes con respecto a la salud sexual y reproductiva, y de las necesidades insatisfechas de los hombres. Las estadísticas confirman que los hombres desempeñan un papel crítico en la propagación del SIDA y por lo tanto nos impulsan a incluir a los hombres para ayudar a frenar la propagación de esta epidemia. La vulnerabilidad de los hombres a problemas de salud sexual y

reproductiva pone a los hombres y las mujeres en riesgo de transmitir el SIDA y otras ETS. Los datos apoyan claramente la necesidad de educar a los hombres sobre el sexo más seguro y de tomar en cuenta los múltiples tipos de relaciones sexuales que tienen. Los hombres cada vez más apoyan y están concientes de la planificación familiar. Los hombres son más propensos de lo que sugieren los estereotipos a aprobar la planificación familiar y saber algo sobre la anticoncepción. En la mayoría de los países, las preferencias y actitudes reproductivas de los hombres y las mujeres hacia la planificación familiar son similares. Es posible que algunos hombres todavía identifiquen la planificación familiar como una responsabilidad femenina, en parte debido a la disponibilidad extensiva de anticonceptivos femeninos y también porque los programas de planificación familiar tendieron a excluir a los hombres. Los hombres requieren servicios de salud sexual y reproductiva que sean flexibles y que respondan a sus comportamientos sexuales y a sus necesidades, los cuales cambian a través de su ciclo vital. Los hombres tienen sus propias preocupaciones y necesidades de salud que son independientes de las de sus parejas. La propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual ha llevado a un aumento en la conciencia sobre y el uso de condones, pero los hombres no siempre están informados sobre el VIH. Aunque el conocimiento que tienen los hombres sobre los condones masculinos es muy alto a través del mundo, el uso de los condones no es tan extensivo como sería posible. El uso de los condones sigue siendo inconsistente y generalmente asociado con parejas ocasionales, incluyendo los y las trabajadores/as de sexo. Las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) también revelan una “laguna de CAP” entre hombres respecto a la planificación familiar. Su uso de anticoncepción es más bajo que lo que se podría esperar, dado los niveles de aprobación y conocimiento.

El **Capítulo III** analiza la serie de marcos de referencia que guían los programas de población para incluir a los hombres; recomienda un marco de equidad de género para la creación de alianzas entre hombres y mujeres. Mientras el “marco de los hombres y la planificación familiar”^d emergió inmediatamente después de El Cairo, un marco de “equidad de género” acompañado por enfoques educativos y/o de derechos humanos es el que está mejor situado para satisfacer el mandato de la CIPD e implementar estrategias sensibles al género. El marco de equidad de género contempla las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres como parejas iguales de las mujeres (y de otros hombres). Reconoce que la inequidad de género influye no solamente en el comportamiento de fertilidad sino también en los riesgos y las decisiones de salud sexual y reproductiva. Dentro de este marco, el enfoque educativo llega temprano en las vidas de los

^d M. E. Greene, “Benefits of Involving Men in Reproductive Health” (trabajo presentado a la reunión de la Association of Women in Development—AWID y USAID, noviembre de 1999).

hombres a través de la integración de una perspectiva de género en la educación en la vida familiar, la educación de pares y la educación sexual. Las metas de este marco son engendrar adolescentes y muchachos masculinos que sean equitativos en términos del género—que estén conscientes de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, las desigualdades de género, los estereotipos y las implicaciones de papeles de género—y darles las herramientas que necesitan para crecer. Un enfoque en los derechos humanos promueve el cambio colectivo y así complementa los esfuerzos educativos. Hace un llamado para la justicia social y la cero tolerancia de la violencia basada en género y las prácticas discriminatorias, tales como la preferencia para los hijos varones, la MGF y el matrimonio temprano, como violaciones de derechos humanos. También hace un llamado para que los sistemas legales protejan los derechos reproductivos, la igualdad de género y los derechos de los y las niños/as, y que provea redes de seguridad.

En el **Capítulo IV** se describe las consideraciones programáticas de temas éticos, un enfoque en el ciclo vital, la asignación de recursos y la necesidad de más investigación. Los programas que incluyen a los hombres en la salud sexual y reproductiva tienen que enfrentar el género. Una organización que está preparada para trabajar en temas de género tiene que empezar con una evaluación de sí misma en términos del género y evaluar el impacto que tiene basándose en sus propias relaciones de género. Los y las gerentes tienen que considerar los recursos que se pueden asignar a un programa para hombres y el costo de agregar servicios que no están disponibles en programas existentes. Se deben considerar los gastos para la capacitación, la promoción y posiblemente el rediseño de clínicas para ofrecer servicios a los hombres. Se necesita más investigación, incluyendo investigación teórica sobre la masculinidad e investigación de operaciones, para probar y evaluar las estrategias nuevas que alcanzan a los hombres y las parejas.

El **Capítulo V** se dirige a los elementos claves de programas de comunicación que trabajan con los hombres para cambiar las políticas, las normas sociales y los comportamientos. La incorporación de una perspectiva de género que incluye a los hombres en la salud sexual y reproductiva y los derechos significa que se considera las relaciones de género no sólo como realidades invariables a través del tiempo sino también como metas para el cambio. Considerando el mandato de la CIPD, los programas de población están comprometidos a promover el cambio. Hay dos tipos de programas disponibles: la comunicación de *advocacy* dirigida al cambio de políticas y normas sociales, y la comunicación para el cambio de comportamiento (información, educación y comunicación, o IEC) dirigida al cambio en conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de individuos. Las experiencias en el cambio de comportamientos a través de un enfoque “social”—es decir, *advocacy*—están creciendo; el cambio social profundo es lo más difícil de lograr, pero

cada vez más el FNUAP y sus aliados están adoptando este enfoque para combatir la epidemia del SIDA y la violencia. Este capítulo presenta las lecciones aprendidas de experiencias previas y enfoques innovadores como la movilización de los hombres en el *advocacy* comunitario contra la violencia y la participación de líderes religiosos en la salud reproductiva; también propone nuevas metodologías como el análisis transaccional, la resolución de conflictos, la creación de redes, la comunicación de parejas y las herramientas de género para analizar las campañas de comunicación.

El **Capítulo VI** trata el tema de entrega de servicios para hombres. Las tres categorías de servicios que están disponibles para los hombres más frecuentemente son la detección, el diagnóstico y el tratamiento clínico y la información, educación y consejería. Sin embargo, los programas para los hombres están experimentando en varias áreas. Los y las proveedores/as ofrecen consejería individual o en grupo; también brindan la consejería para parejas con el consentimiento de la mujer. La epidemia del SIDA contribuye a la atención mayor a la prevención de las ETS y el VIH/SIDA. Los condones y la vasectomía todavía son los únicos métodos anticonceptivos masculinos que son eficaces, pero unas iniciativas nuevas promueven los condones como un método de protección doble para la prevención del embarazo y las ETS, incluso el VIH/SIDA. Se usa el enfoque en el manejo sindrómico para tratar las infecciones del tracto reproductivo y las ETS. La capacitación de proveedores/as para trabajar con hombres y la incorporación de una perspectiva de género en su capacitación son pasos críticos en la integración de servicios para hombres en los programas existentes y en el mejoramiento de la calidad de atención. Por último, los esquemas de distribución—como la distribución comunitaria, el mercadeo social y la creación de alianzas con el sector público y el sector privado—que llegan a los hombres donde ellos se reúnen han madurado y han sido evaluados mejor. Las organizaciones también han adquirido experiencia en la provisión de servicios en los lugares de trabajo, incluso en el ejército, y en circunstancias de emergencia.

El **Capítulo VII** subraya las necesidades de los adolescentes masculinos. Los hombres jóvenes pasan por un proceso crítico en la formación de su identidad propia. Una variedad de enfoques educativos en escuelas, la comunidad y con pares informan a los hombres jóvenes sobre las ETS y el VIH/SIDA, y también presentan los comportamientos que ellos pueden adoptar para protegerse. Las estrategias innovadoras—incluyendo el mercadeo social; las líneas de ayuda telefónicas y los programas interactivos de radio; el Internet y los CD-ROM; y los programas de entretenimiento-educación—proveen a los hombres jóvenes la consejería confidencial, oportuna y anónima que ellos prefieren. También se resume los beneficios que tiene la capacitación en habilidades de vida, la educación sobre la población, la educación sobre la vida familiar y la educación sexual para enseñar a los hombres jóvenes las habilidades que necesitan para negociar relaciones sanas, tomar

responsabilidad por sus vidas, resistir las presiones negativas y reducir su propia vulnerabilidad a infecciones y embarazos no planeados.

Como conclusión, es un tiempo emocionante para que los programas de población adopten estrategias comprensivas y extensivas para incluir a los hombres en alianzas equitativas. Las investigaciones pioneras sobre la masculinidad y el comportamiento sexual en algunas regiones deben ser extendidas al resto del mundo y concretizadas en programas que no sólo estén dirigidos a los hombres sino también apropiados por los hombres.

INTRODUCCIÓN

El papel de los hombres en la salud sexual y reproductiva no ha sido tan reconocido como ahora. La crisis del SIDA es una de las causas principales para la inclusión de los hombres en las políticas actuales de población y salud reproductiva, y también es un factor que motiva a donantes y proveedores a desarrollar cuanto antes programas de prevención del SIDA para hombres y adolescentes. La pandemia también ha llevado una atención mayor a la conexión entre la sexualidad y el género, y ha cambiado las implicaciones de las enfermedades de transmisión sexual de un tema de salud a un tema social; también ha resultado en una campaña global para incrementar el uso de condones y métodos de barrera. Además, debido a las desigualdades continuas, el movimiento internacional para fortalecer los derechos de las mujeres ha hecho un llamado por el enfrentamiento de la violencia basada en género y por un cambio en las actitudes y comportamientos de los hombres en esta área. Una tercera tendencia es la aceptación relativa de la salud reproductiva en muchos países en desarrollo y el énfasis creciente en la mortalidad materna, con mayor atención a los hombres como el próximo paso lógico.¹ Mientras los programas de población parecen estar más comprometidos que nunca a incluir a los hombres de manera positiva en la salud sexual y reproductiva, los programas nacionales todavía no reflejan éste compromiso en un conjunto coherente de intervenciones que balancean la salud y la equidad de género con las metas de largo y corto plazo.

El propósito de este documento es resumir los hallazgos de investigaciones recientes y los debates políticos, aclarando las nuevas prioridades. Aunque al principio, el propósito fue la actualización de un informe técnico anterior, “La participación masculina en la salud reproductiva”,² que fue publicado inmediatamente después de la conferencia de El Cairo, pronto quedó claro que se necesitaría un paradigma nuevo para tratar estos temas de nuevo. El paradigma propuesto aquí está basado en tres expectativas básicas: primera, la alianza en la salud sexual y reproductiva; ésta lleva a la segunda—un hombre equitativo en términos del género; y la tercera, que los hombres tomen responsabilidad por sus problemas y que se hagan parte de las soluciones.

- La creación de alianzas entre los hombres y las mujeres supondría que ellos y ellas deciden libre e intencionalmente a juntar sus fuerzas para lograr metas comunes de salud sexual y reproductiva. Otros factores vinculados a la creación de una alianza sostenible son la

¹ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”, informe para el Ministerio Real para Asuntos Exteriores, Oslo, Noruega, 21 de febrero de 1999.

² C. P. Green et ál., “Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health”, *Technical Report* 28, FNUAP, New York, 1995, p. 104.

- confianza, el respeto, la propiedad de las decisiones y sus resultados, y la igualdad. Si no se tiene la confianza entre personas, es imposible tener una alianza. La confianza está ligada a la comunicación y negociación de seguridad de las ETS/VIH/SIDA; el respeto incluye las relaciones libres de la violencia; la propiedad invita a las dos personas en la pareja a que hagan decisiones libre y responsablemente sobre temas relacionados con la sexualidad, el embarazo, la planificación familiar, la atención post-embarazo y la crianza de hijos e hijas.
- El concepto de un hombre equitativo en términos del género proviene de una definición de trabajo de los hombres jóvenes que fue formulada por Barker: los hombres jóvenes que son “respetuosos en sus relaciones con mujeres y que buscan relaciones basadas en la igualdad con su pareja y en la intimidad en vez de buscar una conquista sexual”.³
 - Por último, el cambio más nuevo y más positivo que está tomando lugar y que debemos nutrir más es la idea de que los hombres tomen responsabilidad por los temas relacionados a la desigualdad en relaciones de género y que ellos se reconozcan a sí mismos como parte de las soluciones. Los investigadores masculinos nunca antes se habían esforzado por entender el contexto que refuerza el comportamiento estereotípico, y los hombres y muchachos están cada vez más motivados a encontrar modelos alternativos que imitar, para enfrentar las dimensiones de género de todos los temas, y para respetar el derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva.

El “hombre nuevo” ya existe; hay hombres comprometidos y con valor que están abriendo el camino, cuestionando los valores y las normas culturales, e interviniendo pública y privadamente. Sin embargo, todavía es importante aprender más sobre, trabajar con y reconocer lo que impide que se realicen alianzas plenas entre hombres y mujeres. En este esfuerzo, sería contraproducente adoptar una posición moralista o estigmatizar a los hombres hasta que se conformen a estereotipos rígidos.

La audiencia para este trabajo de discusión es amplia. Incluye las personas involucradas en los programas internacionales, regionales y nacionales del FNUAP; es decir, los y las médicos/as, investigadores/as, equipos regionales de asesoría, planeadores/as y gerentes de programas, defensores/as, oficiales gubernamentales y ONG internacionales y nacionales que están interesados/as en participar en los esfuerzos de su país para diseñar e implementar estrategias

³ G. Barker, “Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men”, notas de la investigación para la disertación, julio de 2000.

comprendidas que comprometan a los hombres como aliados. Por lo tanto, se combina la literatura y los estudios de casos recientes, junto con direcciones, indicadores y lecciones aprendidas de programas, en un conjunto que puede ser útil para la programación y evaluación futura de programas. Como los análisis situacionales siempre son específicos a un país o una región, la generalización de estas tendencias puede ser riesgoso; pero la decisión de incluir datos regionales y nacionales fue basada en la expectativa de inspirar investigaciones operacionales y evaluaciones de necesidades futuras. Con respecto a la representación de las regiones, la mayoría de los datos cuantitativos sobre la identidad masculina, por ejemplo, provienen de investigadores/as de Norteamérica y Latinoamérica, con algunas excepciones de Asia del Sur y África Oriental. Por otro lado, las encuestas tales como las EDS sobre los hombres han sido llevadas a cabo principalmente en África; por lo tanto, los datos comparativos reflejan esta situación. Este informe no puede ser exhaustivo ni representativo geográficamente, pero la mención de datos preliminares permite el entendimiento de las raíces del comportamiento masculino, el contexto de las presiones sobre ellos, y su capacidad de cambiar. Similarmente, los programas innovadores—tales como la nueva legislación sobre la violencia o la licencia de paternidad, las redes de hombres, las campañas para hombres en contra de la violencia contra las mujeres, la educación sexual y el desarrollo de habilidades especiales para los hombres jóvenes—todavía no se han implementado en muchos de los países del Sur; sin embargo, no previene que estas experiencias sean relevantes o que merezcan reconocimiento y difusión.

Este campo es nuevo y está evolucionando rápidamente. Todavía se necesita asimilar las perspectivas diferentes de los y las macro economistas (quienes enfatizan la pobreza, los sistemas de apoyo y la educación como las causas fundamentales de la mayoría de los temas, incluyendo los papeles para los hombres), demógrafos/as (quienes en el pasado tendieron a limitar el estudio de los hombres y otros grupos sociales como contextos a la fertilidad), investigadores/as de salud pública (quienes se enfocan en el riesgo para la prevención de la enfermedad), psico-sociólogos/as (quienes se enfocan en los factores relacionados a los procesos de socialización, los valores y los sistemas de formación de creencias), y activistas (quienes buscan la justicia social) en una perspectiva institucional única. La discusión está dirigida a iluminar algunos temas delicados y subrayar los esfuerzos pilotos prometedores.⁴ Con este fin, la literatura y las experiencias de programas surgen no solo del FNUAP sino también de muchas otras instituciones y sectores. Se intenta unir los datos sobre las causas fundamentales del estatus quo con las estrategias utilizadas para enfrentar e incluir

⁴ Algunos de los conceptos y el lenguaje todavía están nuevos; se presenta definiciones de trabajo cuando necesario, aunque solamente para clarificación.

a los hombres y muchachos en esfuerzos para el cambio social, con un enfoque en la salud sexual y reproductiva. En este esfuerzo, el FNUAP ha beneficiado de la cooperación excepcional del grupo entre-agencia de USAID sobre los Hombres y la Salud Reproductiva, el Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega, AVSC [EngenderHealth], IPPF/RHO, Population Council, ONUSIDFA, UNICEF y la OMS, quienes contribuyeron sus datos no publicados para enriquecer este debate.

Un consenso internacional más fuerte sobre la participación de los hombres en la equidad de género, la sexualidad y la reproducción

El compromiso de incluir a los hombres en la salud sexual y reproductiva ha sido reafirmado tan claramente desde las conferencias de El Cairo, Beijing, y sus procesos de seguimiento.

Los mandatos del Cairo y Beijing: una orientación basada en los derechos y la equidad de género
El Programa de Acción adoptado por consenso en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 promulgó un cambio de un enfoque completamente demográfico con respecto a la planificación familiar hacia un marco integral de la salud reproductiva que vincula la igualdad de género con el desarrollo sostenible. Abandona el pensamiento tradicional, el cual aísla la fertilidad de las mujeres e ignora factores que contribuyen a ella, a favor de un modelo que considera el papel activo que tienen los hombres en su propia salud y la salud de las mujeres y en sus responsabilidades en tener hijos e hijas. La CIPD también aclaró la conexión entre la reproducción, las relaciones de poder y la sexualidad, y promueve la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres como una manera de lograr las metas del desarrollo sostenible. En el Cairo, se llegó a un consenso de que:

Deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar; la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen igual valor. Las responsabilidades del hombre en la vida familiar deben incluir la educación de

los niños desde la más tierna infancia. Debe hacerse especial hincapié en la prevención de la violencia contra las mujeres y los niños.⁵

Un año después, la Plataforma de Acción de Beijing fue más allá en promover que “la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre”.⁶

En Beijing, se llegó a un acuerdo de que:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.⁷

La CIPD y la CCMM indicaron claramente las razones por involucrar a los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva. Fundamentalmente, llamaron atención a las maneras en que los contextos sociales influyen al uso de la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva, y promovieron la idea de crear condiciones que dan a las mujeres la capacidad de ejercer sus derechos. De hecho, un enfoque en los derechos obliga el reconocimiento de la importancia de los contextos sociales que impiden las selecciones de las personas; éste llevó a un énfasis sobre la equidad de género como un objetivo subyacente de programas de población y desarrollo.⁸

El interés en la participación masculina llegó a su nivel más alto en el 1998, cuatro años después del Cairo y un año antes del Cairo +5. Una combinación de factores contribuyeron a las muchas actividades sobre la participación masculina llevadas a cabo entre el 1998 y el 2000, tales como la familiaridad de activistas mujeres y hombres progresivos con el Programa de Acción, la crisis del SIDA, y el requisito de demostrar en los procesos de revisión de la conferencia a los cinco años las iniciativas implementadas.

⁵ Naciones Unidas, “Report of the International Conference on Population and Development” (El Cairo, 5–13 de septiembre de 1994), 18 de octubre de 1994, párr. 4.27.

⁶ Naciones Unidas, “Informe de la Cuarta Conferencia de sobre la Mujer” (Beijing, 4–15 de septiembre de 1995), 17 de octubre de 1995, párr. 92.

⁷ Naciones Unidas, “Informe de la Cuarta Conferencia de sobre la Mujer”. Párr. 96

El proceso de evaluación validó las metas de la CIPD y evaluó el progreso hasta el momento. La CIPD+5 mantiene el impulso en términos de promover los derechos de las mujeres, pero también invita a que los hombres participen en los esfuerzos para reducir la mortalidad y morbilidad materna enfatizando su papel como promotores para eliminar prácticas dañinas, como la violencia, y para apoyar el acceso de las mujeres a servicios de salud. La CIPD+5 concluyó que se necesita urgentemente acciones para tratar las necesidades de salud sexual y reproductiva de jóvenes; prevenir el VIH/SIDA; y proveer servicios de salud reproductiva a mujeres y jóvenes en situaciones de emergencia. Entre las acciones claves relacionadas al género recomendadas por la evaluación CIPD+5, se encuentran:

- satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres sin perjudicar los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres;
- fomentar la cero tolerancia de actitudes dañinas como la preferencia por hijos masculinos; y
- promover modelos masculinos a imitar positivos.

Para lograr estas metas, la CIPD+5 identificó los siguientes papeles y responsabilidades para los hombres:

- Procurar que los hombres comprendan sus funciones y su responsabilidad en cuanto a respetar los derechos humanos de la mujer;
- Proteger la salud de la mujer, incluso apoyando el acceso de sus compañeras a los servicios de salud sexual y reproductiva;
- Evitar los embarazos no deseados, reducir la morbi-mortalidad materna, reducir el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, compartir la responsabilidad por los quehaceres del hogar y la crianza de los hijos; y
- Apoyar la eliminación de prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina, la violencia sexual y otros tipos de violencia basadas en el sexo, velando por que las niñas y las mujeres no estén sujetas a coerción ni violencia.⁹

El proceso de evaluación Beijing+5 fue más allá que la Plataforma de Acción de Beijing con respecto a provisiones relacionadas a la salud reproductiva, enfatizando los aspectos de género de la pandemia del VIH/SIDA y de las ETS. La evaluación fortaleció los compromisos para enfrentar la

⁸ M. E. Greene, “The Benefits of Involving Men in Reproductive Health” (trabajo presentado a AWID y USAID, noviembre de 1999).

⁹ Naciones Unidas, “Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la

violencia basada en género promoviendo campañas de cero tolerancia que condenan la violencia contra las mujeres, requiriendo leyes y otras medidas para enfrentar las prácticas tradicionales negativas, incluidos los crímenes de honor, y recomendando la capacitación de trabajadores/as de salud en una perspectiva de género para que reconozcan y atiendan adecuadamente la violencia basada en género. También exigió que se promulgara legislación más fuerte contra todo tipo de violencia doméstica, incluso la violación y abuso sexual marital, y contra la violencia hacia las mujeres y las niñas como violaciones de derechos humanos; y que los programas “alentaran y capacitaran a los hombres para que adopten comportamientos sexuales seguros y responsables, y que efectivamente usen métodos para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA”.¹⁰

Progreso hacia la implementación de una alianza con los hombres en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y las dificultades existentes

El interés en crear alianzas con los hombres en la salud sexual y reproductiva (AHSSR) se ve reflejado en la mayor conciencia de donantes y apoyo por iniciativas gubernamentales y no gubernamentales. Muchas agencias multilaterales y bilaterales han iniciado nuevos esfuerzos para implementar alianzas con los hombres. Otras organizaciones aparte del FNUAP han reconocido la necesidad de incluir a hombres en las actividades de salud materna e infantil. La mayoría de los países nórdicos han apoyado iniciativas importantes en esta área. El PNUD ha formado el Grupo de Hombres de las Naciones Unidas por la Igualdad de Género, y en el otoño del 1997, el USAID formó un Comité sobre los Hombres en la Salud Reproductiva bajo su Grupo de Trabajo sobre el Género.¹¹ La mayoría de los países han visto incrementos en la conciencia sobre y actividades concretas entre las afiliadas de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y otras ONG, y dentro de programas gubernamentales.¹²

Durante los últimos cinco años, también han surgido una serie de recursos y materiales importantes. Para nombrar algunos, estos incluyen: iniciativas de países nórdicos como las Redes Masculinas y la Clínica para Hombres Jóvenes de Suecia;¹³ el programa de Hombres como Aliados (MAP) iniciado

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”, I julio de 1999, capítulo IV, 52(g).

¹⁰ Naciones Unidas, División sobre las mujeres, “Preliminary Analysis of the Beijing+5 Outcome Document”, www.un.org/Womenwatch/daw/followup/analysis.html.

¹¹ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”.

¹² Ibid.

¹³ S. Laack et ál., Report on the RFSU Young Men’s Clinic, Swedish Family Planning Association (RFSU), Stockholm, 1997.

por AVSC International [EngenderHealth] y el programa de participación masculina de la Región del Hemisferio Occidental de la IPPF, los cuales han patrocinado el desarrollo de una gama amplia de materiales programáticos y de capacitación; el proyecto Horizons del Population Council; y el Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

También se ha visto un avance sin precedentes en la base de conocimientos sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los hombres, que lleva a nuevas perspectivas sobre cómo mejorar la salud reproductiva de hombres, mujeres y jóvenes. Actualmente, tenemos datos cuantitativos y cualitativos más representativos de encuestas sobre la salud reproductiva de los hombres. Se ha hecho progreso en encontrar maneras de utilizar esta información sobre los hombres—tales como la medida de necesidad insatisfecha—para desarrollar estrategias mejores para la salud reproductiva. Se está desarrollando un cuestionario nuevo y más sofisticado para los hombres para ser incluido en la tercera serie de Encuestas de Demografía y Salud (EDS). Los nuevos estudios cualitativos sobre masculinidades—como el trabajo de la Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales (FLACSO), el International Reproductive Rights Research Group (IRRAAG) descrito por Petchesky (1999), y el trabajo reciente de Barker (1998)—tienen el potencial para proveer perspectivas que probablemente no surgirían de datos cuantitativos y que probablemente resultarán en programas más innovadores y efectivos. FLACSO, en Chile, recientemente publicó un libro bien acogido sobre masculinidades¹⁴ y continúa a dedicarse a la investigación de hombres como aliados. Varios compendios de recursos¹⁵ y bibliotecas electrónicas—como el CD-ROM, “HIM”, el CD-ROM de Frontiers, “Summaries of Operations Research Projects”, y un boletín informativo “Toward a New Partnership: Encouraging the Positive Involvement of Men as Supportive Partners in Reproductive Health”, publicado por el Population Council—incrementan las capacidades de programas a utilizar estos conocimientos nuevos.

También se han organizado muchas conferencias sobre la participación masculina en la salud reproductiva (véase la tabla en la página siguiente). Algunos temas comunes en las conferencias regionales en África, Europea del este, el Mundo Islámico, y América Latina incluyeron: los pocos programas que están en desarrollo, la socialización de niños, la sexualidad, la violencia basada en género y la paternidad. Estas conferencias ayudaron a estimular los programas nacionales, identificaron

¹⁴ T. Valdés y J. Olvarría, Eds, “Masculinidades y equidad de género en America Latina”, FLACSO, FNUAP, Santiago, 1998.

¹⁵ Por ejemplo, véase los materiales publicados por el FNUAP (Green et ál., 1995), IPPF (*Planned Parenthood Challenges*, vol. 2, 1996) USAID (Danforth and Greene, 1997), PATH (Khorram y Wells en *Outlook*, vol. 4, núm. 3, enero de 1997), Family Health International (*Network* 18, núm. 3, 1998) y Johns Hopkins University Population Information Program *Population Reports* (Drennan et ál., 1998).

prioridades para la investigación y facilitaron la creación de redes nacionales, regionales e internacionales de profesionales, principalmente académicos/as, interesados en proveer el conocimiento que contribuirá a la realización de la agenda de la CIPD.

Conferencias recientes sobre la participación masculina en la salud sexual y reproductiva

- | | |
|------|---|
| 1996 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Male Involvement in Family Planning: A Challenge for the National Programme Workshop</i>. The Population Council, AVSC International, National Institute of Population Research and Training, Deutsche Gesellschaft Fur Technische Zusammenarbeit. Dhaka , Bangladesh, junio de 1996. (Nacional) |
| 1997 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Men as Partners in Reproductive Health</i>. AVSC International. Mombassa, Kenya, mayo de 1997. (Internacional) ▪ <i>Better Together: African Regional Conference on Men's Participation in Reproductive Health</i>. Johns Hopkins University/ Population Communication Services (PCS), Zimbabwe National Family Planning Council, IPPF Africa. Harare, Zimbabwe, abril de 1997. (Regional) ▪ <i>Male Involvement in Reproductive Health and Mainstreaming Gender in Population and Development Programmes</i>. FNUAP, EAT Addis Ababa, Etiopía, octubre de 1997. (Regional) |
| 1998 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Seminar on Family Men, Family Formation and Reproduction</i>. International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). Buenos Aires, Argentina, mayo de 1998. (Internacional) ▪ <i>Participación masculina en la salud reproductiva: Nuevos paradigmas</i>. AVSC International y la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO). Oaxaca, México, octubre de 1998. (Internacional) ▪ <i>Thematic Workshop on Male Involvement in Sexual and Reproductive Health Programmes and Services</i>. FNUAP, Technical Support Services (TSS), Roma, Italia, noviembre de 1998. (Internacional) ▪ <i>First Conference of French Speaking African Countries on Men's Participation in Reproductive Health</i>. Johns Hopkins University/PCS. Ouagadougou, Burkina Faso, abril de 1998. (Regional) ▪ <i>Men as Supportive Partners in Reproductive and Sexual Health</i>. Population Council, Kathmandu, Nepal, verano de 1998. (Regional) ▪ <i>The Role of men in Reproductive Health Programmes</i>. FNUAP y Economic Co-operation Organization (ECO). Baku, Azerbaijan, septiembre de 1998. (Regional) ▪ <i>Seminar on Male Involvement in Reproductive Health: Summary of Research Findings and Future Directions</i>. Population Council, Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, Alejandría, Egipto, mayo de 1998. (Nacional) |
| 1999 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>How Can Men Gain from Improved Gender Equality? Sexuality, Fatherhood and Male Identity in a Changing Society</i>. Ministerio sueco de relaciones exteriores. Lusaka, Zambia, enero de 1999. (Internacional) ▪ <i>Men as Supportive Partners, Consultation for ICPD+5</i>. Population Council. New Delhi, India, enero de 1999. (Nacional) |
| 2000 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Inter-Country Workshop Adolescent Reproductive Health for East and South East Asia and the Pacific Island Countries</i>. FNUAP, EAT Bangkok, Pattaya, mayo de 2000. (Regional) ▪ <i>Meeting on the Health and Development Needs of Male Adolescents and Young</i>. ONUSIDA y OMS. Pretoria, Sudafrica, septiembre de 2000. (Regional) |

Sin embargo, el desafío en implementar este conocimiento, estos mandatos y estas directivas ha sido el de concretizarlos en estrategias comprensivas y cambios cuantificables en las políticas y los programas mientras se mantiene una perspectiva de género. Además de notar que la falta de memoria institucional y comunicación entre agencias inhibe el progreso en la programación, un

documento de síntesis patrocinado por Noruega identificó que todavía no se han resuelto los siguientes temas: las iniciativas no sostenidas; el prejuicio contra los condones de las personas encargadas de formular políticas; las reacciones negativas inesperadas a campañas de comunicación mal concebidas por parte de hombres preocupados por mantener sus prerrogativas; la falta de consenso sobre el lenguaje para programas; cómo balancear las necesidades de salud reproductiva de los hombres y la necesidad de tener estrategias basadas en la pareja sin distraer de los recursos para la salud de las mujeres; y cómo incrementar la participación de los hombres en capacitaciones sobre la sexualidad y el género.¹⁶

Sin pretender a resolver estos asuntos pendientes, este documento intenta subrayar las direcciones futuras para programas y estimular más discusión para poder llegar a un consenso sobre las prioridades. Para lograr esto, se provee un repaso global de resultados de investigaciones relacionadas y esfuerzos programáticos por incrementar las estrategias de comunicación, la entrega de servicios y los programas para llegar a los hombres jóvenes.

Conceptos básicos que guían programas para crear alianzas con los hombres en la SSR

Para asegurar que tenemos un entendimiento común, este documento empieza con una compilación de los conceptos básicos involucrados en lograr las metas. Los conceptos definidos en este capítulo incluyen la salud reproductiva, los derechos reproductivos, la sexualidad y la salud sexual, los derechos sexuales, el género, la equidad de género, los papeles de género, las relaciones de género, la masculinidad y las alianzas.

La salud reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la siguiente definición de la salud reproductiva, que se deriva de la definición de la salud en general: “Una condición en que el proceso reproductivo está complementado por un estado de bienestar físico, mental y social completo y no sólo la ausencia de enfermedades o de problemas en el proceso reproductivo.” Esto implica que las personas “tengan la capacidad de reproducir, regular su fertilidad y tener y disfrutar de relaciones sexuales, y que las mujeres puedan pasar por el proceso del embarazo y parto sin

¹⁶ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”.

complicaciones, que se pueda lograr la regulación de la fertilidad sin problemas de salud, y que la gente se sienta segura cuando tienen relaciones sexuales”.¹⁷

Los derechos de los hombres y de las mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos, aceptables y razonables que ellos/as mismos escojan, tanto como los otros métodos que escogen para la regulación de su fertilidad que no son en contra de la ley, son derechos implícitos en esta definición, tanto como el derecho a tener acceso a servicios de salud apropiados que permitirán que las mujeres tengan embarazos y partos seguros y que proveerán a las parejas la mejor probabilidad de tener un/a bebé sano.¹⁸ La salud reproductiva tiene que ver tanto con los derechos como con la salud. Incluye:

la planificación familiar, la consejería, la información, la educación, la comunicación y los servicios; la educación y los servicios para cuidado prenatal, parto seguro y cuidado postnatal, particularmente el amamantamiento y la atención de salud para bebés y mujeres; la prevención de y el tratamiento apropiado para la infertilidad; el aborto, como especificado en el párrafo 8.25, incluyendo la prevención del aborto y el manejo de las consecuencias del aborto; el tratamiento de infecciones del tracto reproductivo; las enfermedades transmisibles sexualmente y otras condiciones de salud reproductiva; y la información, educación y consejería apropiada sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva y la paternidad y maternidad responsable.¹⁹

Estos conceptos acordados en El Cairo y Beijing colocan a los hombres en una posición muy diferente a la que han estado acostumbrados por siglos. Dan a las mujeres y a los hombres derechos iguales en la toma de decisiones sobre la reproducción y la sexualidad, y ponen la responsabilidad para embarazos y partos seguros y para la salud de hijos e hijas en los hombres y las mujeres. Los criterios de salud sexual también desafían las habilidades de proveedores/as de salud ampliando la gama de servicios más allá de la fertilidad. La CIPD rechaza el modelo demográfico que se usaba anteriormente para identificar los factores que afectan la reproducción y que toma a las mujeres como la unidad de análisis; dónde los hombres aparecen en este modelo es un factor independiente;

¹⁷ M. Fathalla, “Reproductive Health: A Global Overview”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 28 de junio de 1991, p. 1.

¹⁸ Naciones Unidas, “Report of the International Conference on Population and Development”, párr. 7.2.

¹⁹ *Ibid.*, párr. 7.6.

se les consideran como facilitadores u obstáculos a las decisiones que hacen las mujeres con respeto a su fertilidad.²⁰

Los derechos reproductivos

Estos derechos son definidos como los derechos humanos de las mujeres y de los hombres a tener control sobre y hacer decisiones libre y responsablemente en temas relacionados a su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación y violencia. La Plataforma de Acción de la CCMM fortalece la conexión entre la sexualidad, la reproducción y la igualdad de género reconociendo que:

“Los derechos reproductivos implican relaciones iguales entre mujeres y hombres en temas relacionados a las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo el respeto pleno por la integridad de la persona, y requieren el respeto mutuo, el consentimiento y la responsabilidad compartida para el comportamiento sexual y sus consecuencias.”²¹

La sexualidad

La sexualidad está íntimamente vinculada al género. Es una construcción social de un instinto biológico. La sexualidad de un individuo es definida por con quién se tiene relaciones sexuales, de qué manera, por qué, bajo cuáles circunstancias y con cuáles resultados. Es más que el comportamiento sexual, y es un concepto multidimensional y dinámico. Las reglas explícitas e implícitas impuestas por la sociedad y definidas por el género, edad, estatus económico, etnia y otros factores influyen en la sexualidad del individuo.²² Damien Rwegera, un comentarista de Rwanda, nota que la sexualidad incluye:

La búsqueda del placer, el deseo de intimidad, la expresión del amor, la definición de sí mismo, la procreación, la dominación, la violencia o cualquier combinación de éstas. Cómo las personas se relacionan sexualmente puede ser vinculado a la autoestima, el auto-respeto, el respeto por otros/as, la esperanza, la alegría y el dolor. En contextos diversos, el sexo es considerado como un artículo de mercancía, un derecho o un imperativo biológico.²³

²⁰ J. G. Figueroa, “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Processes” (por publicar en “Male Sexuality and Reproduction”, El Colegio de México, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y Sociedad Mexicana de Demografía), p. 3.

²¹ Naciones Unidas, “Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”, párr. 96.

²² G. R. Gupta, “Gender, Sexuality and HIV/AIDS”.

²³ M. Foreman, ed., *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?* (London: The Panos Institute y Zed Books, 1998), p. 2.

La salud reproductiva después de El Cairo incluye la sexualidad, un aspecto sensitivo e íntimo de la reproducción, y va más allá de un enfoque exclusivo en los riesgos de embarazos y enfermedades; también considera el placer sexual y enfrenta las ideologías que apoyan los supuestos derechos de los hombres que amenazan los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.²⁴ El Centro Internacional para Investigación de las Mujeres (International Center for Research on Women) ha identificado cuatro componentes de la sexualidad: prácticas, parejas, placer/presión/dolor y procreación. El centro también ha determinado que “cada componente de la sexualidad está íntimamente relacionado con los otros pero que el equilibrio del poder en una interacción sexual determina sus resultados”.²⁵ Ruth Dixon-Mueller identifica cuatro dimensiones adicionales de la sexualidad y del comportamiento sexual: “Qué hacen las personas sexualmente con otros/as o con sí mismos, cómo se presentan a sí mismo sexualmente, cómo hablan y actúan.” También discute cómo el género se cruza con y forma cada uno de estos aspectos.²⁶

La sexualidad es importante en la identidad masculina en varias culturas. Sin embargo, la expresión de la sexualidad de los hombres puede extenderse a través de una gama amplia. Las relaciones de poder en que los hombres tienen el papel dominante están presentes en la sexualidad porque ésta es un área esencial donde se desempeñan las relaciones de género.²⁷

La salud sexual

“La sexualidad humana y las relaciones de género están íntimamente interrelacionadas y afectan la capacidad de los hombres y de las mujeres de lograr y mantener la salud sexual y a manejar sus vidas reproductivas.”²⁸ Una definición universal de la salud sexual es difícil de formular porque la sexualidad humana es tan variada, diversa y dinámica. La CIPD abordó la salud sexual como un concepto que “implica un enfoque positivo a la sexualidad humana, y el propósito de la salud sexual debe ser el mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y no sólo la consejería y atención relacionada a la procreación o a las enfermedades transmitidas sexualmente”.²⁹ La definición utilizada por la Organización Mundial de la Salud profundiza más en la complejidad y

²⁴ R. Dixon-Mueller, “The Sexuality Connection on Reproductive Health”, *Studies of Family Planning* 24, núm. 5 (septiembre–octubre de 1993): 269–82.

²⁵ G. R. Gupta, “Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How”, discurso plenario, XII^a Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, 12 de julio de 2000, p. 2.

²⁶ R. Dixon-Mueller, “The Sexuality Connection on Reproductive Health”.

²⁷ M. Villarreal, “Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health” (trabajo presentado al taller sobre Participación Masculina en Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, FAO/OMS/FNUAP, Roma, noviembre de 1998), p. 7.

²⁸ Naciones Unidas, “Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”, párr. 7.34.

²⁹ Naciones Unidas, “Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”, párr. 7.1.

las dimensiones múltiples de la identidad de sí mismo y la interacción social que afectan la salud sexual. La OMS define la salud sexual como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual en maneras positivas que intensifiquen la personalidad, la comunicación y el amor”.³⁰ Los y las profesionales de salud necesitan integrar cada vez más la conciencia del género en sus programas, reconociendo que el género y las desigualdades de género son factores que afectan la fertilidad y la salud sexual.

La salud sexual también incluye la satisfacción, un aspecto de la sexualidad que en muchas sociedades se reconoce más como un derecho de los hombres y no de las mujeres. Una vida sexual satisfactoria y la salud sexual también implican actos sexuales consensuales. De hecho, el placer es un aspecto central de la sexualidad masculina, pero muchas veces lleva un costo tanto para los hombres como para las mujeres. El placer sexual de los hombres es considerado por hombres y mujeres más importante que las preocupaciones que tienen las mujeres de quedar embarazada o de contraer una ETS. Muchas veces, la ejecución es otro aspecto clave en la sexualidad masculina. Muchas sociedades refuerzan la percepción de que la capacidad sexual de los hombres es parte de lo que los define como “hombres verdaderos”.³¹ Adicionalmente al tema obvio del sexo seguro, las preocupaciones de los hombres con la ejecución sexual—que muchas veces se llaman disfunciones sexuales o problemas psico-sociales—proveen oportunidades para trabajar con los hombres y aumentar su conciencia sobre los mitos que podrían contribuir a sus preocupaciones.

Género

“El género se refiere a las ideas y expectativas (normas) generalmente compartidas con respecto a las mujeres y los hombres en una sociedad dada. Estas ideas y expectativas se aprenden de las familias, los y las amigos/as, los y las líderes de opinión, las instituciones religiosas y culturales, las escuelas, lugares de trabajo y los medios masivos de comunicación; definen las características, las habilidades y los comportamientos típicamente femeninos y masculinos en diferentes situaciones; y reflejan e influyen los diversos papeles, la salud, y el estatus social, económico y político de mujeres y hombres en una sociedad”³².

³⁰ OMS, “Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health Used in the Regional Office for Europe”, marzo de 1999.

³¹ M. Villarreal, “Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health” (trabajo presentado al taller sobre Participación Masculina en Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, FAO/OMS/FNUAP, Roma, noviembre de 1998), pp. 7, 9.

³² ONUSIDA, “Report of a workshop on Planning for Gender and AIDS Mainstreaming” (Ginebra, 14–17 de junio de 1999), p. 8.

El concepto del género plantea que las diferencias entre los hombres y las mujeres son construidas socialmente, pueden cambiar a través del tiempo, y varían significativamente entre culturas diferentes. El género es un variable socio-económico y político para analizar los papeles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades de las personas; considera tanto a los hombres como a las mujeres y sus relaciones de poder. Es a través del estampado cultural del género que los y las individuos aprenden y reproducen lo que es permitido y lo que es prohibido; el género marca sus percepciones y su sentido de responsabilidad con respecto a todas las facetas sociales de la vida.³³ El género no es sinónimo con el sexo ni con las mujeres. El género se refiere a papeles; el sexo se refiere al estado biológico de un ser femenino o masculino.³⁴ Dentro de este contexto, la masculinidad es la construcción social que identifica a los varones como hombres.

“El género es un contexto fundamental para el trabajo con hombres como aliados—en la manera en que afecta el papel de los hombres como clientes y en la influencia que los hombres tienen sobre las vidas de sus parejas. El género determina cómo las parejas se comunican entre sí y cómo toman decisiones, ganan y gastan dinero, tienen acceso a la educación formal y crían a sus hijos e hijas. Todos estos aspectos están relacionados a la atención de salud.”³⁵

La equidad de género

La equidad de género considera la subordinación de las mujeres en la mayoría de las sociedades y la discriminación contra las niñas y las mujeres ejemplificada en los niveles bajos de inversión en su salud, nutrición y educación; el sufrimiento de las mujeres por la violencia; y las leyes que mantienen a las mujeres alejadas de la tierra, el dinero y otros recursos económicos (Greene 1999,³⁶ Das Gupta, 1987,³⁷ Leslie, Ciemins y Essama 1997,³⁸ Leach 1998,³⁹ Heise 1995.⁴⁰ Agarwal 1994⁴¹).

³³ M. I. Matalama, “Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services”, *Reproductive Health Matters* 6, núm. 11 (1998): 11.

³⁴ C. Laudari, “Gender Equity in Reproductive and Sexual Health” (trabajo presentado al taller sobre Participación Masculina en Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, FAO/OMS/FNUAP, Roma, noviembre de 1998), p. 1.

³⁵ AVSC International, “Men as Partners in Reproductive Health” (memorias del taller, Mombasa, Kenya, mayo de 1997), p. 5.

³⁶ M. E. Greene, “The Benefits of Involving Men in Reproductive Health” (trabajo presentado a AWID y USAID, noviembre de 1999).

³⁷ M. Das Gupta, “Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India”, *Population Review* 13, núm. 1 (1987): 77–100.

³⁸ J. Leslie et ál., “Female Nutritional Status across the Life-Span in Sub-Saharan Africa: Prevalence Patterns”, *Food and Nutrition Bulletin* 18, núm. 1 (1997): 20–43.

³⁹ F. Leach, “Gender Education and Training: An International Perspective”, *Gender and Development* 6, núm. 2 (1998): 9–18.

⁴⁰ L. L. Heise, “Violence, Sexuality and Women’s Lives”, in *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World* (New York: Routledge, 1995), capítulo 7.

Todo esto pone en duda las divisiones basadas en el género y enfrenta la discriminación que ha surgido de estas divisiones, apoyando medidas a favor de las minorías. Los derechos y las oportunidades iguales son la meta principal de la equidad de género.⁴² El concepto de la equidad de género está directamente en conflicto con el modelo tradicional del género masculino, el cual cuenta con el concepto de poder y superioridad masculina y su dominio sobre las relaciones sociales en las esferas de producción y reproducción.

La equidad de género está apoyada por el Convenio para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 1979. El Convenio provee la base para lograr la igualdad de mujeres y hombres a través de asegurar el igual acceso a y oportunidades para la salud, la educación y el empleo, y también para la vida política y pública.⁴³

Los papeles de género

Se les atribuye los papeles de género a los hombres por causa de su sexo. En el sistema patriarcal, el papel de los hombres se encuentra principalmente en la esfera pública de producción y en la política, mientras el papel de las mujeres es el doméstico, incluyendo el manejo de la casa y la crianza de los y las hijos/as.⁴⁴ La limitación de las mujeres a las responsabilidades de la casa y de atención a los y las hijos/as contribuye a la desdignidad de los hombres a compartirlas. Las “responsabilidades de la casa” tienen varias connotaciones negativas que impiden el deseo de los hombres a hacerlas. El trabajo doméstico o no es pagado o es mal pagado; es trabajo no especializado y las mujeres siempre lo han hecho. Limpiar la casa, cambiar los pañales y preparar la comida son quehaceres que las mujeres “deben” hacer. Para algunos hombres, el acto de hacerlos podría amenazar su sentido de ser hombre.

Las relaciones de género

Las relaciones de género no son dadas biológicamente, sino que son principalmente los productos de procesos sociales y culturales. Por lo tanto, no son universales sino históricas, dinámicas y

⁴¹ B. Agarwal, “Gender and Command over Property: A Critical Gap in Economic Analysis and Policy in South Asia”, *World Development* 22, núm. 110 (1994): 1455–78.

⁴² C. Laudari, “Gender Equity in Reproductive and Sexual Health”, p. 1.

⁴³ www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm.

⁴⁴ M. Silberschmidt, “Rethinking Men and Gender Relations: An Investigation of Men, Their Changing Roles within the Households and the Implications for Gender Relations in Kissii District, West Kenya”, *CDR Report*, núm. 16 (Centre for Development Research, Copenhagen, 1991), p. 12.

cambiantes.⁴⁵ El poder y el dominio son elementos críticos en las relaciones de género. “En la esfera de la salud reproductiva, el poder tiene que ver con las relaciones entre mujeres y hombres, y lo que está en juego es la salud del/la otro/a. Tiene que ver con quién controla la fertilidad. También tiene que ver con quién toma las decisiones sobre programas y quién los maneja—y cómo se asignan los recursos limitados.”⁴⁶ Muchas veces, los hombres logran o mantienen su posición de poder con la violencia verbal, emocional o física contra sus parejas, otros hombres y en casos extremos, contra sí mismos.⁴⁷ El papel del poder en las relaciones de género tiene implicaciones para el papel de los hombres en la reproducción y para su sexualidad. El desafío es enfrentar y redirigir el uso de poder de los hombres para mejorar su salud y la salud de sus parejas, y para mejorar sus relaciones con sus parejas, hijos e hijas, y otros miembros de la comunidad.

La masculinidad

La identidad masculina es *construida socialmente*; es decir, es una expresión de la imagen social que los hombres tienen de sí mismos con relación a las mujeres y otros hombres. Existe un conjunto de características y comportamientos esperados de los hombres en cada cultura. Una parte importante de la identidad masculina en las sociedades que cuentan con el estatus dominante de los hombres es la capacidad de los hombres de controlar a las mujeres.⁴⁸ Por ejemplo, estudios en un país afectado gravemente por el VIH/SIDA mostró que la identidad masculina está muy vinculada a la ejecución sexual: los hombres se sienten presionados a tener muchas conquistas de mujeres para “comprobar” su masculinidad. Por lo tanto, el sexo más seguro—que supone una reducción del número de parejas potenciales, evitar relaciones sexuales de una sola noche, y una mayor selectividad en parejas sexuales—puede ser visto como una amenaza a la masculinidad. Al mismo tiempo, las mujeres encuentran que es difícil negociar el sexo más seguro porque ser asertiva va en contra de la sumisión esperada de ellas. Esto significa que la igualdad de género supone cambios en las identidades masculinas y femeninas.⁴⁹

⁴⁵ H. Moore, *Identity: Personal and Socio-Cultural* (Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1988).

⁴⁶ C. Steele et ál., “The Language of Male Involvement: What Do You Mean by That?” *Populi* (noviembre de 1996), p. 11.

⁴⁷ AVSC International y IPPF/RHO, “Male Participation in Sexual and Reproductive Health”, p. 8.

⁴⁸ M. Villarreal, “Construction of Masculinity(ies)”, p. 8.

⁴⁹ A. Wouters, informe de viaje a Zambia, FNUAP EAT Harare, 15 de enero de 1999.

Las alianzas: el camino hacia adelante

Para concluir, cada vez más se reconoce que la creación de alianzas entre las mujeres y los hombres es la base para familias fuertes y sociedades viables en un mundo cambiante.⁵⁰ En este informe, se usa la frase “alianzas con los hombres en la salud sexual y reproductiva y en los derechos” (AHSSRD) para captar la gama de direcciones futuras para programas. El concepto de alianzas, de moda en la comunidad de desarrollo internacional, se usa principalmente para describir las relaciones entre los sectores públicos y privados. Se entiende como una forma de relación entre individuos o grupos para la realización de objetivos comunes. Otros factores vinculados a la creación de una alianza sostenible son la confianza, el respeto, la propiedad de las decisiones y sus resultados, y la igualdad. Si las personas no tienen confianza entre sí, es imposible tener una alianza. La confianza es un producto de las experiencias de personas que viven y trabajan juntas, de las expectativas mutuas y de tener valores y compromisos comunes. “El respeto tiene algo que ver con el reconocimiento de algo de valor en la otra persona. El respeto no necesariamente significa acuerdo. Una persona puede respetar los puntos de vista políticos o el compromiso religioso de otra sin compartir o estar de acuerdo con los mismos. . . . La propiedad se refiere a hasta qué punto las dos partes participan efectivamente en la toma de decisiones y toman responsabilidad por todo lo que hace la alianza. Si la propiedad está ausente, o si se percibe que está ausente, será muy difícil que una alianza se sostenga. . . Finalmente, es necesario tener una igualdad real e sustantiva entre los aliados.”⁵¹

Con respecto a los hombres y las mujeres y su salud sexual y reproductiva, una alianza entre los hombres y las mujeres significaría que ellos y ellas deciden libremente y con intención a unir sus fuerzas y sus selecciones para lograr metas comunes de salud sexual y reproductiva. La confianza tendría que ver con la comunicación y la negociación de la seguridad de las ETS/VIH/SIDA; el respeto incluye las relaciones libres de la violencia; la propiedad invita a las dos parejas a que decidan libre y responsablemente sobre temas relacionados con la sexualidad, el embarazo, la planificación familiar, la atención post-embarazo y la crianza de hijos e hijas.

Estructura del documento

⁵⁰ FNUAP, “*Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change*”, The State of World Population 2000, p. 2.

⁵¹ Adaptado de A. Mohiddin, “Partnership: A New Buzz-word or Realistic Relationship?” Society for International Development, www.sidint.org/publications/development/vol41/no4/41-4b.htm.

Este documento fue estructurado para reflejar un marco lógico: es decir, empieza con un análisis situacional en los primeros dos capítulos. En el capítulo tres, sigue una discusión de resultados deseados de intervenciones programáticas; este capítulo también provee indicadores posibles para cada resultado. El capítulo cuatro discute los principios y presuposiciones comunes que los y las planeadores de programas deben tomar en cuenta. Los capítulos cinco, seis y siete indican estrategias programáticas, actividades y lecciones aprendidas de experiencias exitosas a través del mundo en las áreas de comunicación, servicios de salud y trabajo con adolescentes y muchachos masculinos.

Capítulo 1

La ecuación de la masculinidad

El propósito de este capítulo es plantear los contextos en que los papeles y comportamientos masculinos ocurren, y entender qué forma el sentido de identidad de los hombres. El conocimiento sobre la identidad masculina es importante para los programas de salud sexual y reproductiva porque la sexualidad se ejerce dentro del contexto de las normas y los valores del sistema de género prevalente, y las relaciones de género determinan en gran parte los resultados de salud y sociales. Para crear programas adecuados para mejorar la salud sexual y reproductiva de todas las personas (no solamente de un sexo), necesitamos saber mucho más sobre el sistema de género, particularmente el lado masculino del género.⁵² El género y los desequilibrios actuales de poder entre hombres y mujeres son consideraciones claves en el diseño de programas de salud reproductiva. Un conjunto emergente de literatura analiza efectivamente la existencia de relaciones de poder desiguales, los papeles prescritos dominantes, la diversidad de respuestas de hombres y mujeres, y sus efectos en asunto sexuales y reproductivos sociales, institucionales e individuales. Tal vez como este tipo de análisis se desarrolló más en ciertas regiones que en otras (por ejemplo, Europa Noroeste y América Latina), todavía no se ha popularizado adecuadamente y por lo tanto ha sido menos utilizado en esfuerzos de programas. Es evidente que los papeles de género y las respuestas difieren según el país y la cultura, y no es productivo tratar de generalizarlos. Además, el análisis de la reproducción y la sexualidad puede ser implementado a niveles diferentes en las varias regiones: en América Latina, el enfoque tiende a ser en las dimensiones psico-sociales, mientras que en África los y las investigadores han adoptado perspectivas más demográficas y de nivel macro.⁵³ Sin embargo, se pueden notar hilos similares alrededor del mundo con respecto a la identidad masculina. Al mismo tiempo, mientras los y las investigadores obtienen más información, los estereotipos se están reemplazando por una representación más objetiva de los hombres basada en datos. Adicionalmente, investigaciones recientes sobre los hombres demuestran que la mayoría de los hombres están tratando de distinguirse de estos estereotipos. La base de conocimientos actuales, aunque sea limitada, es útil para inspirar futuros análisis situacionales. Al examinar los temas relacionados con la identidad masculina, se exponen las razones urgentes para un mejor entendimiento de los puntos de vista de los hombres.

⁵² J. du Guerny et ál., “The Male Side of Gender throughout the Life Cycle” (trabajo presentado al taller temático Technical Support Services (TSS) del FNUAP sobre la Participación masculina en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, Roma, 9–13 de noviembre de 1998), p. 17.

⁵³ W. Mbugua, comunicación personal, 20 de octubre de 2000.

Entendiendo las presiones sociales sobre los hombres

Cuando se trata de entender el comportamiento basado en género de los hombres, es importante adoptar lo que algunos/as teóricos/as llaman una perspectiva “ecológica”. Tal perspectiva considera el comportamiento como una función de circunstancias culturales y socio-económicas, es decir, de las barreras y contextos políticos, sociales y económicos que facilitan o impiden la propagación de prácticas deseadas o dañinas en cualquier sector de la población. Este enfoque reconoce el contexto de las vidas de hombres (y de mujeres), trata sus temores y deseos, y alienta la responsabilidad, la comunicación con las parejas, y el respeto de sí mismo y de otros/as. Al buscar los factores contextuales de la salud sexual y reproductiva (véase también el capítulo V sobre marcos de comunicación), Herdt⁵⁴ sugiere dos ideas útiles—“la cultura sexual” y “los grupos de riesgo cultural”—para guiar la investigación del contexto y prácticas de tomar riesgos de los hombres..

Las culturas sexuales y los grupos de toma de riesgos

Cada cultura postula una forma de conducta humana deseada y admirada, no solamente para el presente sino a través de la vida entera. “Una ‘cultura sexual’ es un modelo consensual de ideales culturales sobre el comportamiento sexual en un grupo dado. Tal modelo cognitivo incluye una cosmovisión de normas, valores, creencias y significados con respecto a la naturaleza y propósito de las relaciones sexuales. También incluye un modelo afectivo de lineamientos emocionales y morales para institucionalizar lo que se considera ser ‘normal, natural, necesario o aprobado’ en una comunidad de actores. El género también media estas normas porque los patrones tradicionales de la expresión de la masculinidad y la feminidad en la sociedad—a través de papeles, asignación de tareas, estatus social y sistemas de intercambio—influyen en la expresión de prácticas sexuales. ... Las culturas sexuales pueden permitir que un ideal dominante cree una reacción dialéctica en formas sexuales secretas dentro del mismo grupo, como pasa por ejemplo en permitir una ‘doble tabla de valores’ de monogamia para las mujeres y relaciones extramaritales para sus esposos... Sin embargo, las culturas sexuales en sí no pueden predecir el comportamiento sexual de una persona. La toma de riesgos depende de muchos factores, incluso la competencia cultural en la negociación de contextos o grupos de riesgo múltiples”.⁵⁵

⁵⁴ G. Herdt, “Sexual Cultures and Population Movement, Implications for AIDS/STDs”, en *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives* (Oxford: Clarendon Press, 1997).

⁵⁵ *Ibid.*, p. 16.

Por ejemplo, Barker encuentra que “durante la adolescencia, los muchachos pasan más tiempo fuera del hogar y sin supervisión que las muchachas. En estudios de cinco países en desarrollo, los muchachos tenían más probabilidad de trabajar fuera del hogar que las muchachas. El tiempo fuera del hogar representa la libertad para los muchachos, pero también significa que ellos son expuestos a los comportamientos del grupo de pares masculinos. Esto puede incluir a pares masculinos que alientan el uso de drogas, el sexo sin protección y versiones sexistas de lo que es ser hombre—es decir, ellos alientan a los muchachos a que crean que las mujeres son inferiores a los hombres, que las mujeres son objetos sexuales, y que los hombres tienen el ‘derecho’ de dominar las vidas de las mujeres”.⁵⁶

Herd⁵⁷ va aun más allá con la identificación de dos tipos de grupos: el grupo de riesgo cultural y el grupo positivo.

“Grupo de riesgo cultural” significa una subcultura sexual circunscrita por el contexto de comportamiento de tener relaciones sexuales y de tomar riesgos sexuales; es decir, incluye el aprendizaje social y actitudes de actores en grupos específicos que motivan [a los muchachos] a que tomen riesgos y que dan significados a los tipos de riesgo sexual que toman. ... Primero existen los grupos que promueven la toma de riesgos y disminuyen la capacidad de individuos de evitar tomar riesgos. La temeridad de pandillas de jóvenes, en que se desafían a hacer muestras de valentía o demostraciones de su fidelidad al grupo, es uno de estos grupos que aumenta los riesgos.⁵⁸

Hay muchos ejemplos de grupos de alto riesgo. “Millones de hombres están encarcelados—a tasas mucho más altas que las de las mujeres. Las condiciones en las prisiones en muchas partes del mundo incluyen el sexo entre prisioneros y guardias—forzado y consensual—y el sexo no protegido, o el sexo en condiciones degradantes con las parejas femeninas de los hombres o con trabajadoras de sexo comercial. Además de estos grupos específicos de riesgo, la pobreza y el desempleo también pueden aumentar la toma de riesgos de los hombres. Las investigaciones en algunas áreas rurales de Tanzania y Kenia descubren que cuando los hombres se quedan sin empleo y por lo tanto pierden su estatus social como proveedores, tienen más probabilidad de tener sexo con trabajadores de sexo o con parejas fuera de su relación estable para sentirse “más hombres”. Cuando la forma principal del estatus—ser proveedores y tener una ocupación significativa—

⁵⁶ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”, trabajo de síntesis de ONUSIDA (Segundo borrador, Instituto Promundo, Río de Janeiro, Brasil, enero de 2000).

⁵⁷ G. Herdt, “Sexual Cultures and Population Movement”, p. 16.

⁵⁸ Ibid.

desaparece, la actividad sexual con muchas parejas se convierte en una manera de compensar la percibida “pérdida de la hombría... Aunque esto no justifica la violencia de los hombres contra las mujeres, la violencia perpetrada por los hombres tiende a ocurrir cuando los hombres tienen pocas otras cosas que les dan papeles significativos en sus familias y en sus comunidades”.⁵⁹

Estereotipos aprendidos de identidad masculina

Aunque existe un modelo prototípico de la masculinidad, la idea de una masculinidad única y uniforme es problemática por varias razones: primero, la masculinidad no es homogénea porque grupos diversos de hombres tienen definiciones diversas de la masculinidad, y porque pocos hombres pueden vivir en conformidad con este modelo ideal.⁶⁰ El modelo no es estático; varía de cultura a cultura, dentro de cualquier cultura específica a través del tiempo, dentro de cualquier cultura según definiciones socio-económicas, y a través del ciclo vital de cualquier hombre. En segundo lugar, no existe en sí: es construido dentro de culturas y contextos, a través del tiempo, y está basado en las interacciones y relaciones de poder con otros hombres (de diversas clases sociales y grupos étnicos) y con las mujeres.⁶¹

Sin embargo, mientras existen diversos ambientes socio-económicos, políticos y culturales, la literatura sobre la masculinidad indica que las culturas sexuales tienen mucho en común.⁶² Varios estudios confirman que existe un modelo de masculinidad normativo, o hegemónico, que es aceptado por hombres y mujeres y que determina las relaciones desiguales entre los géneros. Este modelo prototípico define al hombre como un ser activo, productivo, competitivo y orientado hacia afuera. Tales hombres tienen cuerpos fuertes capaces de hacer la labor física difícil y de luchar en las guerras. El modelo también da por sentado que los hombres tienen poder sobre las mujeres y sobre los hombres que se consideran como inferiores. Lemas populares pero también dañinos como “los hombres no lloran” se derivan directamente de este modelo.⁶³

⁵⁹ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

⁶⁰ M. Kimmel, “Working towards Gender Equality: Where Are the Men?” (presentación al Grupo de Trabajo sobre los hombres y la equidad de género del UNDP, New York, 12 de agosto de 1999), p. 1.

⁶¹ Ibid.

⁶² B. Shepard, “Masculinity and the Male Role in Sexual Health”, in *Planned Parenthood Challenges 2* (1996): 11–12.

⁶³ AVSC International y IPPF/WHR, “Participación masculina en la salud sexual y reproductiva: Nuevos paradigmas” (memorias del simposio, Oaxaca, México, octubre de 1998), p. 8.

Muchos estudios que buscan identificar los componentes básicos de la identidad masculina reconocen que hay dos ejes principales: la sexualidad y el trabajo.⁶⁴ La importancia de la sexualidad en la identidad masculina es una característica común entre culturas diferentes, aunque la construcción de la sexualidad varía mucho a través del ciclo vital y entre grupos sociales y étnicos.⁶⁵ El otro componente de la identidad masculina, el trabajo, está relacionado a la demostración de la capacidad de mantenerse a sí mismo y a su familia. Se supone que las vidas de los hombres se desenvuelven en las esferas públicas de la producción; por el contrario, las vidas de las mujeres supuestamente se desenvuelven en las esferas domésticas. Sin embargo, el desempleo creciente, las crisis económicas y el logro de las mujeres en conseguir posiciones mejores de trabajo debilitan este aspecto de prerrogativas masculinas percibidas. La anulación del papel económico que les da a los hombres su estatus, su sexualidad, incluyendo el tener múltiples conquistas sexuales y perpetrar la violencia doméstica, puede convertirse en una alternativa importante en la creación de una identidad⁶⁶.

Otras características idealizadas incluyen la “importancia de ser importante” o superior a las mujeres y otros. Muchas veces, se dice que los hombres tratan de conseguir más poder a pesar del hecho de que históricamente han ejercido poder físico, político y económico sobre las mujeres.⁶⁷ Una de las razones por la cual los hombres se resisten tan frecuentemente a la igualdad de género es la creencia subyacente de que tienen derecho al poder, y temen que podrían perder este poder que es su derecho.⁶⁸ Un proyecto que trata las masculinidades en talleres con hombres en América Latina descubrió que estas ideas de superioridad prevalecen, y que los participantes se resisten el cambio de posiciones tradicionales de poder masculina porque perciben que ellos mismos están perdiendo sus privilegios. Aun los hombres que están conscientes de la opresión de las mujeres resisten la equidad de género porque no la pueden percibir como algo placentero o posible.⁶⁹

⁶⁴ T. Valdés y J. Olavarría, “Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo” en *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, T. Valdés y J. Olavarría, editores/as. (FLACSO, FNUAP, Santiago, Chile, 1998).

⁶⁵ M. Villarreal, “Construction of Masculinity (ies): Implications for Sexual and Reproductive Health” (trabajo presentado al taller temático Technical Support Services (TSS) del FNUAP sobre la Participación masculina en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, FAO/OMS/FNUAP, Roma, noviembre de 1998).

⁶⁶ M. Silberschmidt, “Rethinking Gender Relations: An Investigation of Men, Their Changing Roles within the Households and the Implications for Gender Relations in Kissii District, West Kenya”, *CDR Report*, núm. 16 (Centre for Development Research, Copenhagen, 1991), p. 80.

⁶⁷ AVSC International y IPPF/WHO, “Male Participation in Sexual and Reproductive Health”, p. 8.

⁶⁸ M. Kimmel, “Working towards Gender Equality”, p. 2.

⁶⁹ D. Cazes, “Work among Men in Latin America: Investigation and Practices, Results and Experiences” (trabajo presentado al Seminario sobre hombres, la formación de la familia y la reproducción, IUSSP, Buenos Aires, Argentina, 13–15 de mayo de 1998).

Expectativas aprendidas comunes de lo que los hombres deben hacer en el área de sexualidad y papeles de género

- No se espera que los hombres sean capaces de controlar sus deseos, y por lo tanto no se espera que sean monógamos, o “fieles”, en una relación estable.
- Se espera que los hombres dominen a las mujeres, y muchas veces se les ridiculiza si no lo hacen.
- Se espera que los hombres sean posesivos y celosos, y en algunos contextos se espera que ellos reaccionen violentamente para restablecer su “honor” si la pareja no ha sido fiel.
- Se espera que los hombres sean fuertes. Se les desalienta a que expresen el miedo, dolor, inseguridad, tristeza u otras emociones porque podría hacer que parezcan débiles, lo cual lleva a la artificialidad y/o falta de comunicación en las relaciones.
- Se espera que los hombres ejerzan presión entre ellos para que tomen alcohol juntos y así crear un espacio social compartido, una práctica que muchas veces se asocia en la literatura con prácticas sexuales no seguras. Una razón es que el comportamiento normalmente proscrito a los hombres, como el llorar y expresar dolor o ansiedad, es permitido cuando el hombre está borracho.
- Se espera que el deseo sexual de los hombres esté separado del afecto y de las emociones, hasta tal punto que muchos hombres se sienten humillados cuando no pueden “funcionar” aun cuando se sienten ansiosos o desconectados de la pareja.
- Se espera que los hombres tengan experiencia sexual. Esto lleva a que algunos hombres busquen esta experiencia a todo costo, sin importar si sienten afecto o respeto por sus parejas.
- Los hombres que expresan afecto y ternura con sus amigos masculinos muchas veces son ridiculizados o se les tacha de homosexuales. No deben sentir el deseo sexual por otros hombres ni deben actuar de acuerdo con estos deseos.
- Se espera que los hombres siempre tomen la iniciativa sexual. Siempre deben ser activos, y nunca pasivos, con el corolario de que las mujeres no deben expresar el deseo. Estas expectativas de comportamiento juegan un papel importante en ciertas instancias de la coerción sexual, particularmente dentro del contexto de noviazgo.
- Se espera que los “hombres verdaderos” sean menos receptivos a los mensajes sobre el sexo más seguro.⁷⁰

Algunas implicaciones para programas futuros de los estudios de masculinidades

Descubrimientos recientes con respecto a las masculinidades ofrecen perspicacias interesantes sobre las actitudes y comportamientos evolucionantes en las áreas de formación de identidad, sexualidad, y actitudes hacia la planificación familiar y el VIH/SIDA.

Generalmente, lo que aprendemos de investigaciones sobre masculinidades es que el proceso de hacerse hombre es un proceso febril que no facilita el sentido de comodidad de los hombres consigo mismo. Al contrario que las mujeres, los hombres tienen que “hacerse” hombres, y para hacerlo

tienen que comprobar su masculinidad. Esto no es un asunto de una vez en la vida. La masculinidad tiene que ser comprobada constantemente para las mujeres y también para los otros hombres. Siempre se cuestiona la masculinidad, y por lo tanto es un estado del ser que no se puede lograr nunca.⁷¹ Los estudios en América Latina demuestran, por ejemplo, que en estos tiempos modernos, el papel masculino parece ser una camisa de fuerza aún más rígida que el papel femenino. Los muchachos masculinos tienen alternativas muy limitadas: ser “hombre” o ser “maricón”.⁷² El machismo, un concepto popular desarrollado en esta región, es definido como el culto a la virilidad caracterizado por la agresividad e intransigencia en relaciones interpersonales entre hombres, y por la arrogancia y la agresión en relaciones entre hombres y mujeres.⁷³

- Los hombres también pueden sentirse o quedarse sin poder. “A pesar de las ideologías que favorecen a los hombres, muchas veces sus vidas están llenas de dilemas y paradojas que son de otra carácter de los que enfrentan las mujeres. Muchas veces, se ha contemplado a los hombres como los ganadores, y a las mujeres como las perdedoras, en el proceso de cambio socio-económico que ha tomado lugar en el último siglo. ... Bajo el peso del cambio socio-económico enorme, las nociones tradicionales de identidades y relaciones de género y las normas y valores están en un período de transición y no caben en las realidades actuales. Los descubrimientos de investigación en el Distrito Kisii, en el Oeste de Kenia, indican que pocos hombres son ‘ganadores’. Las actividades que antes legitimizaban al papel de los hombres de ser la cabeza de familia han desaparecido. Muchos han abandonado sus obligaciones familiares y su papel como cabeza de familia parece ser legitimizado solamente por la ideología patriarcal. Muchos hombres, incapaces de cumplir con las obligaciones requeridas de los hombres, parecen experimentar una pérdida de identidad, muchas veces en la forma del alcoholismo y de la violencia doméstica. La mayoría tiene dificultades en cumplir con las demandas actuales de mantener la familia y de ser maridos y padres responsables. Este es un problema grande por muchos hombres, un problema que esconden bajo la superficie de superioridad que es reforzada por la violencia contra esposas y niños/as y por una búsqueda de la gratificación sexual.”⁷⁴ Sin embargo, la crisis de identidad masculina puede ofrecer una oportunidad para redefinir la identidad masculina hacia una mayor igualdad.

⁷⁰ B. Shepard, “Masculinity and the Male Role in Sexual Health”.

⁷¹ M. Villarreal, “Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health” (trabajo presentado al taller temático TSS sobre la Participación masculina en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, FNUAP, Roma, 9–13 de noviembre de 1998), p. 4.

⁷² B. Shepard, “Masculinity and the Male Role in Sexual Health”.

⁷³ K. Stölen, “Gender Sexuality and Violence in Ecuador” (trabajo presentado al Simposio nórdico sobre el género y el cambio social en el tercer mundo, Granavolden, Noruega, 1990).

⁷⁴ M. Silberschmidt, “Rethinking Gender Relations”, pp. 13, 17, 80.

- La masculinidad tiene costos. Los estudios de masculinidades revelan que el modelo hegemónico puede perjudicar a los hombres que tratan de conquistarlo. Fuerza a los hombres a que renuncien a las emociones y sentimientos como la empatía, la receptividad y la ternura. Este proceso doloroso lleva a consecuencias dañinas como el alcoholismo, el suicidio y otros comportamientos que contribuyen a la vulnerabilidad de los hombres.⁷⁵ Además del comportamiento de riesgo relacionado con asuntos de identidad, temores innumerables están asociados con no poder vivir en conformidad con los estándares “masculinos”.⁷⁶ Estos empiezan con el proceso a veces traumático de separación y diferenciación de la madre. Otros temores están relacionados a la pérdida de poder y privilegios, el no ser un “hombre verdadero” si exhibe comportamiento tierno o “femenino”, y la pérdida de la virilidad (un temor que puede ser asociado con métodos anticonceptivos masculinos como la vasectomía). Como consecuencia, debemos crear maneras de tratar las preocupaciones de los hombres sin descuidar los problemas de las mujeres, y ayudar a que los hombres encuentren los beneficios de salir de los papeles, responsabilidades y comportamientos dañinos y tradicionales.

- Debemos construir modelos alternativos de masculinidades a través del aprendizaje de los códigos de conducta que desempeñan un papel decisivo en la definición de la identidad y el autoestima tanto de hombres como de mujeres. Estos códigos establecen las expectativas de comportamiento de género y, aun más importante, crean y consolidan los sentimientos de inferioridad, inseguridad y frustración cuando los individuos ya no pueden seguir las normas y reglas no escritas de comportamiento.⁷⁷ Afortunadamente, las normas y valores no son estáticos e incambiables. Tienen origen en el mundo real y por lo tanto son construcciones históricas, sociales y culturales.⁷⁸ La investigación nos permitirá crear maneras de construir modelos de masculinidad alternativos en que la virilidad es promovida por el ejercicio de relaciones más igualitarias, cariñosas y compartidas. Por ejemplo, es importante romper los aspectos comunes de formación de la identidad masculina, tales como ser macho = ser violento; hombre = dominante/autoritario; héroe = no cuidar su propia salud. Las comunicaciones deben promover entre adolescentes las características masculinas positivas, como la responsabilidad, que frecuentemente son asociadas

⁷⁵ M. Kaufman, “Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres”, *ISIS International*, 1997, pp. 63–81.

⁷⁶ M. Villarreal, “Construction of Masculinity(ies)”.

⁷⁷ M. Silberschmidt, “Rethinking Gender Relations”, p. 9.

⁷⁸ S. Le Vine, “Mothers and Wives in Gusii”, en *Women of East Africa*, Chicago & London: University of Chicago Press, 1979.

con ser adulto.⁷⁹ Nuevas investigaciones sobre la masculinidad y la paternidad observan la emergencia del “hombre de familia” que acepta la “masculinidad buena”; él es heterosexual, no violento y responsable, en contraste a las “masculinidades peligrosas” ejemplificadas por el *vive bien*, el *mujeriego*, el *alcohólico*.⁸⁰

El análisis de la masculinidad como concepto nos ayuda a adoptar un enfoque constructivo en que los hombres no son solamente el problema con relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sino también ayuda a entender los motivos y las preocupaciones de los hombres.

Necesitamos crear espacios para que los hombres conversen entre ellos, se esfuercen por resolver sus necesidades conflictivas o insatisfechas, y asuman la responsabilidad por su comportamiento, incluso la violencia.⁸¹

- Necesitamos identificar puntos de entrada adecuados para enfrentar las relaciones de género. Tales puntos de entrada pueden consistir en hacer que el género sea visible para los hombres subrayando sus privilegios, derechos y poder actual para provocar una discusión de sus papeles y su responsabilidad. La masculinidad es una manera de abrir la puerta a discusiones sobre los temas de poder y relaciones de género.

En Nicaragua, la ONG CANTERA ofrece talleres sobre masculinidad y sexualidad; género, poder y violencia; el des-aprendizaje del machismo; y las habilidades de comunicación. Durante una evaluación llevada a cabo en el año 1997, muchos hombres reportaron que los cursos de CANTERA les habían cambiado la vida; las dos terceras partes reportaron que tenían una imagen de sí misma diferente; y más de dos las terceras partes dijeron que eran menos violentos. Casi la mitad de las mujeres dijo que sus parejas eran significativamente menos violentas después de la capacitación, y el 21 por ciento dijo que eran un poco menos violentos. Tanto los hombres como las mujeres reportaron que los hombres eran marcadamente más responsables sexualmente.⁸²

Otras oportunidades incluyen llegar a los hombres a una edad temprana (véase el capítulo VII) y promover el papel de hombres como padres cariñosos. Por ejemplo, es más probable que los hombres controlen su fertilidad y cooperen con sus parejas en el uso de anticoncepción cuando se

⁷⁹ B. Shepard, “Masculinity and the Male Role in Sexual Health”, pp. 11–12.

⁸⁰ E. D. Bilac et ál., “The ‘Family Man’: Conjugalinity and Fatherhood among Middle-class Brazilian Men in the 1990s”, OMS/Programa de reproducción humana, enero de 2000, p. 13.

⁸¹ J. C. Figueroa, comunicación personal, Ginebra, agosto de 2000.

sienten conectados a y comprometidos con los hijos/as que ya tienen. Los estudios con hombres en América Latina que buscan la vasectomía han descubierto consistentemente que estos hombres demuestran una conexión a sus familias e hijos/as más alta que el medio⁸³.

- Es importante reconocer los varios tipos de relaciones sexuales que tienen los hombres y la existencia de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). El uso del plural “masculinidades” es útil al enfatizar la diversidad de hombres y en aumentar la tolerancia social de características más femeninas en hombres. La homofobia generalmente es una expresión de violencia contra cualquier cosa que parece femenina en un hombre. Hay evidencia de que el “prejuicio, la hostilidad, la denegación y los conceptos erróneos hacia hombres que tienen sexo con hombres, y hacia hombres que se definen como homosexuales, son directamente responsables por las medidas de prevención del VIH inadecuadas. La inclusión de los hombres en la prevención del VIH y la respuesta de manera adecuada al desafío del VIH requieren enfrentar los ejemplos comunes del prejuicio y discriminación contra HSH. El prejuicio general contra los HSH en la mayoría de las sociedades sirve para ocultar el comportamiento homosexual y a los hombres jóvenes homosexuales o bisexuales, lo que impide la prevención, pero también es una manera de reforzar las perspectivas rígidas de lo que es ser hombre para los hombres heterosexuales”.⁸⁴

Estereotipos sexuales rígidos aumentan el riesgo y vulnerabilidad de hombres y mujeres

Los y las investigadores y activistas femeninas están descubriendo el papel crítico que desempeña el poder en la sexualidad. En el contexto de las desigualdades de género, el placer sexual de los hombres puede parecer (a hombres y a mujeres) más importante que las preocupaciones de las mujeres sobre el embarazo o la contracción de una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Esta norma cultural puede llevar al sexo forzado, y puede excluir el uso del condón o cualquier negociación del sexo más seguro. Además, a través del matrimonio, los hombres están en control de la sexualidad de las mujeres. Por ejemplo, investigadores han encontrado que tradicionalmente el honor de un hombre está ligado a la pureza sexual de su madre, su esposa, sus hijas y sus hermanas, pero no a su propia pureza sexual. Desde este punto de vista, la sexualidad femenina es un poder

⁸² Véase al V. Norori Muñoz y J. Muñoz Lopez, “Conceptualizing Masculinity through a Gender-Based Approach”, *Sexual Health Exchange* 1998, núm. 2, pp. 3–6.

⁸³ T. Valdés y J. Olvarría, Eds, “Masculinidades y equidad de género en América Latina”.

⁸⁴ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

activo y amenazador a los hombres porque el honor de ellos está ligado íntimamente al comportamiento de sus esposas.⁸⁵

La sexualidad es muy importante para la identidad masculina, sin importar las influencias culturales, étnicas y sociales. Los hombres (y las mujeres) asocian el alto nivel de actividad sexual con la masculinidad y creen el mito de que los hombres no pueden controlar su deseo sexual. “El instinto y placer sexual están asociados con la sexualidad masculina mientras que el placer de las mujeres solamente es experimentado como una función del placer masculino.”⁸⁶ Mitos sin base en los hechos, tales como la creencia de que es mejor para la salud del hombre tener relaciones con una trabajadora de sexo comercial que masturbarse y “desperdiciar” el semen,⁸⁷ afectan su salud. La noción del consentimiento no aparece en este punto de vista, que valora la competencia, el poder, y la superioridad general. Tal perspectiva hace que las mujeres sean vulnerables a los instintos y las demandas sexuales de los hombres, como ilustra la declaración siguiente:

Si una mujer no está en regla y no está enferma, no tiene el derecho de negarse al sexo porque nosotros nos casamos con ellas para tener hijos, y es así que podemos tener hijos. No nos casamos con las mujeres porque saben cocinar. Si ella se niega a tener relaciones sexuales, ¿por qué no voy a querer golpearla? Yo la voy a golpear.⁸⁸

Estos papeles de género masculinos estereotípicos tienden a definir rígidamente lo que son comportamientos aceptables para hombres y mujeres, y por lo tanto limitan la noción de una alianza. También perjudican la salud tanto de hombres como de mujeres al alentar el comportamiento de riesgo de los hombres. Los hombres son más probables que las mujeres a usar el alcohol y otras sustancias que llevan al sexo no seguro y al aumento del riesgo de transmisión del VIH, y los hombres son más probables a inyectarse drogas, tomando el riesgo de infección por agujas y jeringas contaminadas con el VIH. En muchas culturas, el concepto del machismo alienta a los hombres a que tengan relaciones fuera del matrimonio o relaciones sexuales múltiples para comprobar su masculinidad.⁸⁹ Tales papeles de género pueden contribuir a la contracción de ETS y a la transmisión subsiguiente a sus esposas o novias. Los papeles de género también contribuyen de

⁸⁵ M. Silberschmidt, “Rethinking Gender Relations”, p. 17.

⁸⁶ M. Villareal, “Construction of Masculinity(ies)”, p. 7.

⁸⁷ S. Raju y A. Leonard, eds., *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality* (Population Council, Oficina regional de Asia del Sur y Este, 2000), p. 57.

⁸⁸ A. Bawah et ál., “Women’s Fears and Men’s Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana”, *Studies in Family Planning* 30, núm. 1 (1999): 57.

otras maneras a la vulnerabilidad de los hombres, un hecho que es evidente en muchas estadísticas nacionales de salud. En México, por ejemplo, las tres principales causas de muerte entre hombres son accidentes, homicidios y cirrosis hepática.⁹⁰ Finalmente, la existencia de reglas diferentes para la casa y la calle, y la experiencia de ritos dañinos y humillantes para muchachos—como los de pandillas juveniles—crean espacios donde la sexualidad es gobernada por redes sociales y motivaciones provocadas por los pares.

Dentro de este contexto, las mujeres son vulnerables porque su género, estatus social y económico, las costumbres tradicionales y las creencias religiosas limitan su capacidad de controlar sus propias vidas, incluso sus vidas sexuales. En muchos países, todavía se espera que las mujeres sean ignorantes con respecto al sexo y que sean pasivas en las relaciones sexuales.⁹¹ En un estudio en Rwanda, el 20 por ciento de mujeres seropositivas entrevistadas solamente tenían una sola pareja, y el 45 por ciento había contraído el virus de sus esposos.⁹² La desigualdad de género previene que muchas mujeres utilicen condones o que discutan el uso de condones con una pareja sexual. Una mujer que pide al esposo que use un condón corre el riesgo de ser acusada de tener relaciones fuera del matrimonio, y se considera que ella ha sobrepasado sus límites por haber sido más asertiva de lo que permiten las normas culturales.⁹³ “No hay manera de que la mujer pueda sugerir que [los hombres] usen condones. Seguro que ellos empezarán a pelear. La mujer solamente puede obtener protección a escondidas y si lo recomienda el/la médico. No puede enfrentar al marido de manera directa.”⁹⁴ Como consecuencia, las decisiones de muchas mujeres con respecto al uso de anticoncepción están formadas por el miedo a la violencia por parte de parejas masculinas que no aprueban la anticoncepción. Según el Family Planning International Assistance, se reporta que las mujeres en Kenia han falsificado las firmas de sus parejas en vez de tomar el riesgo de la violencia o del abandono por pedir permiso para usar servicios de planificación familiar. Discusiones en grupos focales sobre la sexualidad, llevadas a cabo con mujeres en México y Perú, confirman que

⁸⁹ G. Barker, “The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean” (Chicago: John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, enero de 1996), p. 53.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ G. R. Gupta, “Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How”, discurso plenario, XII^a Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, 12 de julio de 2000, p. 3.

⁹² “AIDS and the World II”, eds. Jonathan Mann and Daniel J.M. Tarantola, Oxford U. Press, 1996.

⁹³ John Hopkins University School of Public Health, “Closing the Condom Gap”, *Population Reports*, series H, núm. 9, de abril de 1999, p. 8.

⁹⁴ E. K. Bauni y B. O. Jarabi, “Family Planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS: The Case of Nakuru District, Kenya”, *Studies in Family Planning* (marzo de 2000): 73.

las mujeres temían la violencia, el abandono o acusaciones de infidelidad si proponía el uso de planificación familiar.⁹⁵

Reflexiones de un taller de CANTERA sobre la sexualidad y la masculinidad

- Carecemos de conocimiento sobre nuestros propios cuerpos. ... Dicen, y esto se ha probado, que el órgano sexual más grande que tenemos es la piel, y no nos aprovechamos de esto. No damos caricias. Y después de eyacular, dormimos. Creemos que nuestras relaciones sexuales son solamente el acto de penetración. ... Así que digo que no lo disfrutamos plenamente.
- La manera en que percibimos y practicamos nuestra sexualidad muchas veces es posesiva . . . y muchas veces reflejamos las relaciones de poder durante el acto sexual. Muchas veces nos sentimos seguros en acabar el acto sexual, pero no hemos descubierto el lado afectivo y emotivo de nuestra sexualidad, y esto es muy destructivo.
- Muchas veces se asocia la sexualidad con la culpa, el pecado, tabúes, miedos, ansiedad. ... Pero existe aun fuera de las relaciones en pareja, porque uno puede ser sexual aun si está sólo.
- La manera en que se nos enseña—con falta de información verdadera con prejuicios, tabúes y mentiras sobre la sexualidad—nos deforma y reduce nuestra capacidad de ser verdaderamente humanos. Nos deshumaniza totalmente y es responsable por mucho del abuso sexual que ocurre cada día. Por eso necesitamos el derecho de desarrollar una sexualidad sana, sin prejuicios, para que podamos ser más sensibles y menos macho como hombres.
- Las relaciones sexuales no constituyen la única parte de la sexualidad; constituyen una de las partes de la sexualidad. Desafortunadamente, todos nosotros creemos que la sexualidad consiste solamente en las relaciones sexuales; es básicamente asociada con los genitales.⁹⁶

A pocos hombres se les alienta a reconocer su vulnerabilidad

La definición de la masculinidad en términos tan rígidos contribuye a la vulnerabilidad de los hombres porque proyecta que los hombres lo saben todo y por lo tanto les impide buscar la información que necesitan para protegerse.⁹⁷ Los hombres están a riesgo cuando los papeles de género les llevan a creer que son invencibles y que no hay probabilidad de que se infecten.⁹⁸

La capacidad de hablar sobre los problemas y la búsqueda de apoyo son factores protectivos contra el abuso de sustancias, las prácticas sexuales no seguras y la participación en la violencia. Sin embargo, las luchas de los hombres—que muchas veces son dolorosas—quedan como secretos guardados porque a los hombres no se les alienta o se les permite hablar sobre temas tan íntimos ya

⁹⁵ N. Yinger, “Unmet Need for Family Planning: Reflecting Women’s Perceptions”, in *Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence Policy and Programme Implications*, informe técnico, FNUAP, New York, 1998, p. 19.

⁹⁶ V. Norori Muñoz y J. Muñoz Lopez, “Conceptualizing Masculinity through a Gender-Based Approach”, p. 3.

⁹⁷ G. R. Gupta, “Gender, Sexuality and HIV/AIDS”, p. 5.

que es una actividad prohibida dentro del marco masculino. Las mujeres hablan y expresan sus sentimientos; los hombres no. Ellos corren el riesgo de ser ridiculizados y expulsados de la cofradía si se atreven a cuestionar los requisitos de la misma.⁹⁹ Los muchachos masculinos generalmente son criados a ser autosuficientes, a no preocuparse de su salud y no buscar ayuda cuando enfrentan el estrés. Un estudio en Alemania con muchachos masculinos de 14-16 años de edad encontró que en situaciones de dificultad, el 36 por ciento prefería estar solo, y el 11 por ciento dijo que no necesitaba ayuda.¹⁰⁰

Cambiar los papeles de género puede causar aún más estrés

Se sabe muy poco sobre el “papel cambiante de los hombres en el hogar o las relaciones cambiantes entre los géneros desde el punto de vista de los hombres. No se ha tratado los problemas, luchas, dudas y ansiedades de los hombres con respecto a los derechos y obligaciones cambiantes de la paternidad”.¹⁰¹ Las familias han experimentado cambios estructurales tremendos en la última década debido a circunstancias como la pobreza, la guerra y las emergencias, incluso las sequías, las inundaciones, los terremotos y los efectos de la pandemia del SIDA. La globalización afecta las estructuras de las familias empleando a gran número de mujeres en trabajos de bajo pago, mientras que los hombres encuentran que cada vez es más difícil conseguir trabajo en una economía que exige habilidades más especializadas y a niveles más altos. Muchos hombres se encuentran viviendo en comunidades emigrantes, lejos de sus familias, para poder ganarse la vida. El desplazamiento de números inmensos de personas debido a guerras y hambrunas, y sus estadías largas en campamentos de refugiados también han forzado a que profesionales y personas encargadas de formular políticas enfrenten los asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia. En estos ambientes, las ETS y el VIH/SIDA se pueden propagar rápidamente, y la violencia contra las mujeres, incluso la violación, ocurre regularmente.

La realización del acceso de las mujeres a la educación también está cambiando las dinámicas en la familia y está afectando los papeles de género tradicionales. Algunas mujeres están logrando tener acceso a posiciones altas y bien pagadas. Una de las consecuencias es que ellas tienen menos tiempo para las responsabilidades domésticas que se les asignaba tradicionalmente: por ejemplo, el cuidado de los niños y niñas, la compra y preparación de la comida, la carga de leña y agua, y la

⁹⁸ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

⁹⁹ AVSC International y IPPF/WHO, “Male Participation in Sexual and Reproductive Health”, p. 8.

¹⁰⁰ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

¹⁰¹ M. Silberschmidt, “Rethinking Gender Relations”, p. 12.

limpieza y lavandería. Además cuando ganan dinero, ellas tienen más poder en la negociación para compartir estas responsabilidades con sus parejas. Mientras la población mundial envejece, los hombres y las mujeres están enfrentando la tarea de cuidar a sus padres y madres ancianos/as. La tarea tradicionalmente asignada a las mujeres ahora demanda la atención de los hombres también.

Los cambios en las dinámicas de género están forzando a los hombres a que re-evalúen sus papeles y también su identidad. ¿Qué significa ser hombre si ya no se lo define como el proveedor económico y sin embargo él insiste en dominar a su familia con mano de hierro? Los hombres están aprendiendo a negociar con la otra mitad de sus parejas, con quienes ellos siempre han considerado, debido a su crianza, ser el sexo débil.

Se necesitan crear nuevos modelos de la paternidad y de la crianza de hijos/as

A raíz de la identidad masculina se encuentra un proceso de socialización en que los muchachos masculinos aprenden a ser hombres aunque muchas veces se definen negativamente diciendo que no son muchachas.¹⁰² Los padres desempeñan un papel fundamental en iniciar a sus hijos al mundo masculino.¹⁰³ Sin embargo, los hijos y las hijas no siempre se benefician con la presencia del padre en la familia. Los hombres que se conforman al modelo estereotípico de la masculinidad tienden a ser autoritarios y disciplinarios, con más propensos a ser violentos con sus hijos/as, a veces debido a la frustración de no poder cumplir con las expectativas de ser proveedores. Ellos también tienden a controlar sus emociones porque piensan que deben ser racionales y medidos.¹⁰⁴ Los padres pueden estar presentes, ausentes, comprometidos, pasivos, distantes e ideales. El mismo hombre puede exhibir varios comportamientos opuestos hacia sus hijos/as. Por ejemplo, algunos hombres cuidan y quieren a los hijos/as que viven con ellos, mientras rechazan y descuidan a los hijos/as que tuvieron con otras mujeres.¹⁰⁵ Los modelos a imitar de padres, abuelos, y líderes tradicionales, políticos y comunitarios pueden reforzar el sentido de “poder y privilegio basado en la exclusión”.¹⁰⁶

Un paso crítico en la formación de la identidad de un muchacho masculino es la separación temprana de su madre y el rechazo de todo lo que sea femenino. Los muchachos muy jóvenes, de

¹⁰² M. Villarreal, “Construction of Masculinity(ies)”, pp. 3–4.

¹⁰³ E. D. Bilac et ál., “The ‘Family Man’”, p. 13.

¹⁰⁴ AVSC International y IPPF/WHR, “Male Participation in Sexual and Reproductive Health”, pp. 25–27.

¹⁰⁵ Ibid.

¹⁰⁶ UNFPA y Organización para la Cooperación Económica (ECO), “The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes” (Baku, Azerbaijan, 21–24 de septiembre de 1998), *Conference Report*, junio de 1999, p. 50.

edad pre-escolar, exhiben el comportamiento cariñoso y afectivo cuando están jugando.¹⁰⁷ Pero mientras crecen y son socializados, estas actitudes tienden a ser desalentados y los muchachos son alentados a exhibir comportamientos que no son “femeninos”, tales como riñas y juegos competitivos. Se requiere a los muchachos que restrinjan sus emociones, particularmente el comportamiento afectivo, y que no hagan caso a heridas y problemas de salud, o superarlos ellos solos. Los conceptos de ser hombre desarrollados durante la niñez tienden a enfatizar el dominio, el poder y la autoridad masculino. Cuando los muchachos entran en la adolescencia, sus impulsos fisiológicos sexuales ya están incorporados y condicionados por su cultura, pares, comunidad y familia. Este proceso de socialización tiende a forzarles a que se definan como todo lo que no sea femenino; da por sentado que la masculinidad es mejor y más poderosa, y condiciona a los hombres a que “contemplan a las mujeres y homosexuales como el otro desdeñado”.¹⁰⁸ Afortunadamente, este tipo de crianza dañina está evolucionando, y cada vez más padres y madres cuestionan estos valores. Los hombres que intervienen públicamente contra los estereotipos de género han hablado de sus propias vidas tempranas y como habían sido inspirados por las palabras y los ejemplos de sus madres y hermanas, o por las injusticias que las mujeres enfrentaron comparado con los hombres en la familia.¹⁰⁹

Las investigaciones confirman que la forma en que los muchachos masculinos son criados tiene consecuencias directas en su salud y comportamiento sexual. Los muchachos que observan a su padre y otros hombres ejerciendo la violencia contra mujeres, o tratando a mujeres como objetos sexuales, pueden creer que este comportamiento masculino es normal. Observando a sus familias, los muchachos pueden creer que los quehaceres domésticos y el cuidado de otros/as es “trabajo de mujeres”. Los muchachos que no tienen modelos masculinos y positivos a imitar en sus familias pueden exagerar lo que creen que se requiere para ser “muchachos verdaderos” basado en las imágenes de los medios masivos. Una encuesta nacional en los Estados Unidos de adolescentes masculinos de 15-19 años de edad encontró que los hombres jóvenes que tenían perspectivas tradicionales o sexistas tenían más probabilidad de reportar el uso de sustancias, el involucramiento en la violencia y la delincuencia, y las prácticas sexuales no seguras que los adolescentes masculinos que tenían perspectivas más flexibles de lo que pueden hacer los “hombres

¹⁰⁷ AVSC International y IPPF/WHR, “Male Participation in Sexual and Reproductive Health”, p. 7.

¹⁰⁸ B. Shephard, “Masculinity and the Male Role in Sexual Health”, p. 13.

¹⁰⁹ R. F. Hayward, “Needed: A New Model of Masculinity to Stop Violence against Girls and Women” (trabajo presentado al Simposio global de la OMS sobre la violencia y la salud, Kobe, Japón, 12–15 de octubre de 1999).

verdaderos”.¹¹⁰ Similarmente, los hombres jóvenes que creen fuertemente en los estereotipos masculinos tienen más parejas sexuales, un nivel más bajo de intimidad con sus parejas, un nivel más alto de creencias sexuales adversarias, menos consistencia en el uso de condones, y una preocupación mayor con respecto a la disminución del placer masculino debido al uso de condones. También valoran menos la apreciación que su pareja tiene por el uso de condones, sienten menos responsabilidad de prevenir el embarazo, y creen más que el embarazo valida la masculinidad.¹¹¹

En cambio, las investigaciones sobre hombres jóvenes progresivos y cariñosos encontraron que fue necesaria la ayuda y crianza de la familia y otros adultos/as y pares significativos, tales como tíos, padrastros, maestros masculinos y mujeres (madres, tías, abuelas), que muchas veces modelaron o cuestionaron papeles de género tradicionales. Puede ser efectivo proveer mentores y hacer conexiones entre muchachos y otros hombres que pueden servir como modelos positivos a imitar.¹¹²

Las investigaciones disponibles sobre la paternidad son pocas, pero proveen perspectivas en los elementos múltiples que definen al “padre” y el papel que desempeña el género en determinar la percepción que tienen los hombres de ellos mismos como padres. Parecido a la masculinidad y la sexualidad, el concepto de “paternidad” se relaciona a expectativas sociales y culturales de lo que significa ser padres. Por lo tanto, no hay un modelo único de la paternidad, sino tres perspectivas básicas: el padre como función simbólica, el padre como institución legal, y el padre como hecho biológico. La primera refiere a las referencias psicológicas, tradicionales, culturales e históricas que son atribuidas a la paternidad; la segunda refiere a la relación legal entre los hombres y los hijos/as.¹¹³ Los factores culturales tal vez sean los más importantes. En muchas sociedades, la participación limitada de los padres en el cuidado del/la hijo/a está muy ligada a las creencias de que relaciones estrechas entre padres e hijo/as no son apropiadas.¹¹⁴

La participación de los hombres en la crianza de los hijos y las hijas entró en la agenda de crear alianzas equitativas por varias razones. Primero, las contribuciones de los padres a la atención

¹¹⁰ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

¹¹¹ F. Coeytaux, “Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia, Postpartum Program”, *Quality/Calidad/Qualite*, 1989, núm. 1 (New York: Population Council).

¹¹² G. Barker, “Boys in the Hood, Boys in the Barrio: Exploratory Research on Masculinity, Fatherhood and Attitudes toward Women among Low Income Young Men in Chicago, USA, and Rio de Janeiro, Brazil” (trabajo presentado al Seminario sobre los hombres de familia, la formación de la familia y la reproducción, Buenos Aires, 13–15 de mayo de 1998).

¹¹³ M. Muzskat et ál., “When Three Is Better Than Two”, OMS/HRP, enero de 2000, p. 9.

¹¹⁴ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”, *Population Reports*, series J, núm. 46 (Johns Hopkins University School of Public Health, octubre de 1998).

directa de sus hijos/as, particularmente cuando son muy jóvenes, son críticas. Segundo, los resultados tempranos de investigaciones sobre padres e hijas demuestran que los padres que están cercanos a y tienen expectativas altas de sus hijas pueden contribuir a la construcción de sociedades equitativas en términos del género. Las investigaciones demuestran que las mujeres que eran la favorita de su padre, la hija para quién el padre frecuentemente rompió las “reglas” sobre lo que las muchachas deben ser o recibir, les impulsó a liberarse de un papel subordinado más tarde en sus vidas.¹¹⁵ Tales relaciones tempranas también pueden motivar a las mujeres más tarde en sus vidas a que tomen medidas audaces contra las costumbres y tradiciones como el matrimonio temprano.¹¹⁶ Sin embargo, un repaso de las investigaciones en 186 sociedades encontró que los padres tienen “relaciones regulares y cercanas” con sus hijos e hijas durante la infancia en solamente el dos por ciento de estas sociedades. Los padres pasan sólo la tercera parte del tiempo que pasan las madres en dar atención directa a sus hijos/as.¹¹⁷

A medida que los datos económicos cada vez más sofisticados señalan el empobrecimiento de las mujeres debido al fallo de los hombres en la adecuada contribución a los gastos domésticos y relacionados a los hijos/as, las personas encargadas de formular políticas y oficiales gubernamentales se han convencido aún más de los hombres no están cargando su parte de las responsabilidades reproductivas. Los estudios demuestran que las mujeres contribuyen una mayor parte de sus ingresos que los hombres para la compra de comida y ropa y para la provisión de necesidades básicas para sus hijos/as. Esto ha sido cierto en muchas sociedades a pesar del hecho que los hombres ganan más y tienden a controlar las finanzas de la familia. Los y las proveedores de salud, con la ayuda de investigadores/as, han indicado que los niños y las niñas tienden a ser más sanos cuando el padre participa económica y personalmente en su crianza.¹¹⁸ Las mujeres, agotadas del cargo doble de trabajar dentro y fuera del hogar, cada vez más están conscientes de que no se puede lograr la equidad de género sin que los hombres compartan las responsabilidades domésticas igualitariamente.

En los seis años desde El Cairo, los cambios bruscos en los papeles de familia y de género han impulsado el tratamiento adicional de temas relacionados con la paternidad. El SIDA está forzando a los hombres que han perdido sus esposas y hermanas a que intervengan y críen a los y las niños/as que se quedaron sin madre. El desempleo y el sub-empleo de hombres, combinado con el número

¹¹⁵ R. F. Hayward, “Needed: A New Model of Masculinity”.

¹¹⁶ H. Makhoul y F. Abdel Kader Ahmed, “Husband’s Role in Reproductive Health Survey”, Centro Demográfico de El Cairo, El Cairo, Egipto, 1996.

¹¹⁷ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”.

creciente de mujeres que están empezando a trabajar, también están forzando a los hombres a que asuman más responsabilidades paternales. La privatización y la reducción de programas de bienestar social ponen cargos adicionales sobre familias que tienen que cuidar a los y las enfermos/as y una población que envejece. Estos factores, junto con la asertividad creciente de las mujeres en sus relaciones con los hombres, requieren que los hombres se vean a sí mismos como padres.

Contraste entre el modelo hegemónico de masculinidad y los paradigmas nuevos de paternidad¹¹⁹	
<u>Paradigma antiguo: Masculinidad</u>	<u>Paradigma nuevo: Paternidad</u>
Proveedor financiero principal y único Disciplinario autoritario Sin emociones, distante, comedido	Comparte el papel de proveedor financiero con la pareja Apoya y entiende las necesidades emocionales y educativas de sus hijos/as Emocional, presente, comprometido en todos los aspectos de la crianza de los hijos/as

La participación masculina en los enclaves de empleo tradicionalmente femeninos y en la reproducción social (es decir, en la crianza de los hijos e hijas y en los quehaceres domésticos) requiere coraje por parte de los hombres y apoyo por parte de las mujeres frente a la ridiculización posible y probable y el menosprecio de otros hombres y mujeres en la comunidad. La adopción de estos papeles es una señal fuerte para el cambio en la ideología de género y en las relaciones de género.¹²⁰ Por ejemplo, un estudio de padres en Brasil descubrió que los hombres entre las edades de 40 y 59 años cambian su comportamiento en la creación de relaciones más íntimas con sus hijos/as y en las tareas domésticas relacionadas con la crianza de los hijos/as. Su motivación ha sido diferenciarse de sus propios padres, y también se debe a lo que reportan como “la presión enorme” ejercida por sus compañeras femeninas. Otro descubrimiento en el mismo estudio que merece más consideración es el hecho de que estos hombres carecen de un modelo de padre al que ellos pueden referirse, y por lo tanto reflejan el modelo materno.¹²¹ Las referencias al “padre nuevo” en la literatura todavía “reflejan a la madre por la razón sencilla de que él ahora comparte las tareas domésticas y participa más directamente en la crianza de los hijos/as”. Sin embargo, este modelo revela: (1) la incapacidad fundamental al imaginar un padre que sea diferente al “modelo

¹¹⁸ UNICEF, “Men in Families”, 1995, pp. 8, 18.

¹¹⁹ AVSC International y IPPF/WHR, “Male Participation in Sexual and Reproductive Health”, p. 25.

¹²⁰ M. Kisekka, “Addressing Gender Based Issues”, p. 17.

¹²¹ M. Muszkat et ál., “When Three Is Better Than Two”, p. 2.

tradicional de *paterfamilias* sin que sea confundido con la madre” (2) la confusión entre las tareas de crianza de los hijos/as y el deseo de tener un hijo/a; y (3) una tendencia hacia la reducción de la noción de lo que significa ser padre a una persona que hace ciertas tareas.¹²²

La sociedad todavía no ha proveído un modelo nuevo para aquellos hombres que buscan maneras alternativas de criar a sus hijos/as. Tales modelos que emergen de los países Nórdicos, donde la licencia paternal está legalizada y se considera normal, los quehaceres domésticos son compartidos por todos, y los hombres son alentados públicamente a preocuparse como padres y maridos.

La violencia basada en género y los hombres

Actualmente, la violencia recibe una atención creciente como un problema de salud pública y una amenaza a las mujeres y a los hombres. La violencia contra las mujeres también lleva a muchas violaciones de los derechos de la mujer. El Banco Mundial nos dice que la “carga de salud debido a la victimización basada en género entre mujeres de 15 y 44 años de edad es comparable a la representada por otros factores de riesgo y enfermedades importantes en la agenda mundial, incluso el virus de immuno-deficiencia humano (VIH), la tuberculosis, la sepsis durante el parto, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares”.¹²³

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) adoptó la “eliminación de la violencia contra las mujeres” como un paso necesario para empoderar a las mujeres y erradicar las desigualdades de género.¹²⁴ Las frases “violencia contra las mujeres” y “violencia basada en género” son utilizados de manera intercambiable en la literatura sobre la violencia doméstica, la violación y las prácticas dañinas dirigidas a controlar la sexualidad de las mujeres. Las mujeres enfrentan la violencia basada en género a lo largo de sus vidas.

La violencia basada en género es violencia que involucra a hombres y mujeres donde la mujer generalmente es la víctima, y es derivada de las relaciones de poder desiguales entre los hombres y las mujeres. La violencia está dirigida específicamente contra una mujer porque ella es una mujer, o afecta a las mujeres desproporcionadamente. Incluye, pero no está limitada a, el daño físico, sexual y psicológico (incluso la intimidación, el sufrimiento,

¹²² Ibid., p. 15.

¹²³ L. Heise et ál., “Violence against Women: The Hidden Health Burden,” *World Bank Discussion Papers*, núm. 255, 1994, p. 17.

¹²⁴ Naciones Unidas, “Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” (El Cairo, septiembre de 1994), 18 de octubre de 1994, párr. 4.4(e).

la coerción y/o la depravación de libertad dentro de la familia o en la comunidad en general). Incluye la violencia perpetrada o condonada por el Estado.¹²⁵

Investigaciones recientes sobre las masculinidades revelan otros factores en los orígenes de la violencia de los que es común encontrar en los análisis feministas, lo que ayuda a promover la empatía con los hombres y a ir más allá del “enfoque de culpar a los perpetradores”.

Tradicionalmente, la violencia perpetrada por los hombres ha sido contemplada como un resultado del poder de los hombres y la sumisión de las mujeres; el sentido de derechos a los privilegios que tienen los hombres; y el permiso social que hemos dado a la violencia. Sin embargo, los próximos cuatro factores ofrecen una explicación diferente. Son aspectos de lo que Kaufman ha llamado “las experiencias contradictorias del poder de los hombres”,¹²⁶ a saber:

- a) La imposibilidad de satisfacer las demandas múltiples de ser hombre y el uso de la violencia como un mecanismo de recompensa;
- b) El acorazamiento psicológico, que impide a algunos hombres violentos que reconozcan los sentimientos de dolor en las personas en su entorno y su propio dolor;
- c) La prohibición agobiante de la expresión de una gama de emociones por ser hombres en la mayoría de las culturas, que suprime los sentimientos como el dolor, el terror y el miedo, y los canaliza en las formas de expresión emocional que son permitidas: ira y agresión, las cuales pueden ser manifestadas en la violencia;
- d) Las experiencias pasadas de presenciar la violencia contra sus madres, experiencias de presenciar la violencia contra otros/as, y experiencias como muchachos u hombres jóvenes donde la violencia fue dirigida contra ellos mismos¹²⁷.

El estudio de la violencia perpetrada por los hombres también provee información sobre los efectos negativos de la violencia en los hombres que tienen “experiencias dolorosas que son expresadas en inseguridades, temores y la desconexión emocional”.¹²⁸ Ejemplos de la violencia contra sí mismo

¹²⁵ FNUAP, “Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence Policy and Programme Implications”, 1998, p. 5.

¹²⁶ M. Kaufman, “Men, Feminism and Men’s Contradictory Experiences of Power,” en *Theorizing Masculinities*, eds. H. Brod y M. Kaufman (Thousand Oaks: Sage Publications, 1994), pp. 142–63; y M. Kaufman, *Cracking the Armour: Power, Pain and the Lives of Men* (Toronto: Penguin/Viking, 1993), capítulo 2 y passim.

¹²⁷ M. Kaufman, “Involving Men and Boys: A Necessary Step in Ending Violence against Women and Girls”, en “Ending Gender Violence and Reaching Other Goals: What Do Men and Violence Have to Do With It?” Informe de un taller de UNICEF, New York, 23–24 de marzo de 2000.

¹²⁸ AVSC International y IPPF/WHR, “Male Participation in Sexual and Reproductive Health”, p. 21.

incluyen el comportamiento criminal, el tráfico de y adicción a drogas, los accidentes, las heridas y el trabajo excesivo.¹²⁹

Los datos sobre las actitudes de los hombres respecto a la violencia contra las mujeres son escasos; los datos presentados a continuación se citan para ilustrar el tema. En Sudán, se les preguntó a los hombres sobre tres tipos de violencia: la mutilación de los genitales femeninos (MGF), el abuso de la esposa y el matrimonio temprano. La mayoría (el 73 por ciento) afirmó que no quería que se mutilara a sus esposas, aunque menos hombres (el 32 por ciento) dijeron que la MGF sería una razón para anular su matrimonio. La mayoría de los hombres prefirió el matrimonio con las mujeres mayores de 20 años de edad porque ellas podrían manejar mejor las responsabilidades domésticas. Casi todos los hombres (el 91 por ciento) no aprobaron el abuso de sus esposas. Notablemente, la mayoría de los encuestados eran relativamente jóvenes y solteros.¹³⁰

Las actitudes de los hombres también se pueden agravar por circunstancias estresantes. En Rwanda, un taller de orientación reunió a víctimas de violencia, incluyendo a hombres.¹³¹ Aunque los conflictos armados afectan a la población entera, los grupos de trabajo con hombres reconocieron que “la violencia y la guerra son asuntos de hombres, donde las mujeres son las que sufren más”. Pero los hombres también dijeron que se prestaba demasiada atención a las preocupaciones de las mujeres. Expresaron resentimiento con respecto al énfasis sobre el tema de la violación de mujeres. Estas declaraciones reflejan las perspectivas de los hombres sobre su propio sufrimiento y constituyen una manera indirecta de pedir ayuda; también indican el potencial de una reacción negativa a esfuerzos de promoción contra la violencia basada en género.

¹²⁹ Ibid., p. 22.

¹³⁰ S. Osama, “Addressing the Gender Dimension Involving Men with Special Reference to Sudan”, en “Operationalizing Reproductive Health Programmes: Report of Workshop, Regional Consultation Arab States”, FNUAP, Rabat, Marruecos, 24–28 de noviembre de 1997, pp. 20–21.

¹³¹ OMS, “Management and Care of Women Victims of Violence” (taller de sensibilización, Kigali, Rwanda, 11–14 de febrero de 1997), 1999, p. 21.

Declaraciones de los hombres en Tanzania sobre la violencia contra las mujeres¹³²

- Pensamos que las mujeres exageran. No son las únicas personas que sufren la violencia sexual. Nosotros también la hemos sufrido. Por ejemplo, a los hombres se les cortan los genitales.
- Otros hombres han sobrevivido después de haber presenciado la mutilación o el asesinato de sus familias mientras no podían hacer nada para salvarlas. Estos hombres viven con un sentimiento de culpa y se sienten profundamente frustrados de no haber cumplido con su obligación principal de ser hombres: la “protección de la familia”.
- Algunos hombres han sido forzados a hacer cosas que van en contra de sus conciencias, como matar a alguien que conocen, a un/a amigo/a íntimo/a o hasta un miembro de su familia. Ahora viven a escondidas, desesperados, o se están pudriendo en la cárcel. Están llenos de arrepentimiento. Se suicidan.
- Algunos asesinos, aún aquellos que se han arrepentido, se sienten traumatizados y atormentados por las muertes.
- Nuestro país ha invertido principalmente en “los hombres”. Ahora, como muchos han sido matados o están en la cárcel o en el exilio, los pocos que quedan tienen que cargar el peso económico de la sociedad, y no lo pueden hacer.
- Los hombres están frustrados por el surgimiento de mujeres que empiezan a resolver problemas como hombres.

La pobreza y la falta de educación muchas veces se asocian con el abuso físico y sexual por los hombres de sus esposas. En un estudio llevado a cabo en cinco distritos de Uttar Pradesh,¹³³ el 18–45 por ciento de los esposos reportaron haber abusado físicamente de sus esposas. De aquellos que reconocieron haber sido abusivos físicamente, los hombres que tenían poca educación, los que tenían más de un/a hijo/a y los que vivían en la pobreza extrema fueron más propensos que otros hombres al abuso físico de sus esposas. En otros análisis de estos datos que examinan las relaciones entre el abuso de esposas y la salud reproductiva de los hombres, la prevalencia del abuso fue mucho más alto entre hombres que habían tenido relaciones sexuales antes o fuera del matrimonio,

¹³² Ibid.

¹³³ *Family Planning Perspectives* 26, núm. 1 (marzo de 2000); S. L. Martin, “Domestic Violence in Northern India”, *American Journal of Epidemiology*, 1999; S. L. Martin et ál., “Sexual Behaviours and Reproductive Health Outcomes: Associations with Wife Abuse in India”, *Journal of American Medical Association* 282, núm. 20 (1999): 1967–72.

que habían tenido una ETS en algún momento de sus vidas, y que tenían esposas las cuales tuvieron un embarazo no planeado.

Otras prácticas tradicionales requieren la voluntad política de los hombres para que sean erradicadas. Estas prácticas incluyen todas las que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las adolescentes. Las prácticas más comunes son la preferencia por el hijo varón, el matrimonio temprano, y la MGF; la CIPD declara que la práctica de la mutilación de los genitales femeninos es una violación de derechos fundamentales y un riesgo importante que afecta la salud de las mujeres durante toda la vida.¹³⁴ De hecho, existe evidencia de que algunos hombres han mantenido en silencio ciertas prácticas culturales mientras esperaban que cambiaran. Por ejemplo, se ha reportado que algunos hombres con parejas que han sufrido la MGF tienden a buscar la satisfacción sexual con mujeres no circuncisadas, las cuales consideran ser menos inhibidas y no cicatrizadas.¹³⁵

Muchas culturas condonan o por lo menos toleran cierto nivel de violencia masculina hacia las mujeres como manifestaciones “naturales” de las llamadas prerrogativas de los hombres al “establecer su autoridad y poder en el hogar” para confirmar su hombría. Un estudio extenso, “Beyond Victim and Violence — A Culture of Sexual Violence” (Más allá de la víctima y la violencia—Una cultura de violencia sexual), incluyó a 37.236 hombres, de los cuales 26.000 eran niños y jóvenes escolares.¹³⁶ También fueron entrevistados 197 policías, magistrados, fiscales, cirujanos de distrito, enfermeras, organizaciones de mujeres, trabajadores sociales y oficiales gubernamentales de ambos sexos. Según los y las investigadores, “los descubrimientos son altamente preocupantes y tienen ‘implicaciones enormes’ para la lucha del país para frenar la propagación del VIH y el SIDA”. El estudio encontró que uno de cada cuatro hombres jóvenes reveló que había tenido relaciones sexuales forzadas, sin el consentimiento de la mujer, antes de la edad de 18 años. Ocho de cada diez hombres jóvenes dijeron que las mujeres eran responsables, o parcialmente responsables, por la violencia sexual que habían sufrido. Tres de cada diez pensaron que las mujeres que habían sido violadas “se la buscaron”, y dos de cada diez dijeron que a las mujeres les gustaba ser violadas. El ciclo de violencia es difícil de romper porque la inclinación al comportamiento violento es influenciada por factores ambientales que están presentes durante la niñez y la adolescencia.¹³⁷

¹³⁴ Naciones Unidas, “Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”, párr. 7.35.

¹³⁵ M. Kisekka, “Addressing Gender Based Issues”, p. 17.

¹³⁶ J. Neube, “Sex: The Shocking Truth”, en *Drum* (Durban, Sudáfrica), 13 de julio de 2000).

¹³⁷ *Ibid.*

Las relaciones sexuales múltiples dentro y fuera del matrimonio constituyen otro ejemplo de prácticas dañinas que son condonadas por sociedades donde la superioridad de los hombres es aceptada como parte de la vida. Otra práctica — el *levirato* (el matrimonio a veces obligatorio de una viuda al hermano de su marido muerto) — “es otra manera de tener múltiples parejas sexuales aunque la práctica es impulsada por la necesidad de mantener la riqueza dentro de la familia, ya sea un/a hijo/a, tierra, o bienes. De todas formas, es la familia, no el hombre individual, quien produce la riqueza de un hermano en términos de su novia; así cuando él muera, la familia retiene esa riqueza. En su forma más pura, una unión ‘*levirática*’ no era consumada porque el heredero era considerado como un guardián. Por supuesto, esto ha fracasado y el *levirato* actualmente contribuye a la destrucción de familias enteras debido a la pandemia del SIDA/VIH”.¹³⁸

La eliminación de tales prácticas requiere la cooperación de líderes tradicionales, quienes tienden a ser hombres, y el convencimiento de hombres individuales de que estas prácticas dañinas y anticuadas llevan consecuencias en la salud. Como se explicará con más detalle en el capítulo V, las realidades pueden cambiar y están cambiando. Los y las practicantes reportan: “La injusticia de la violencia contra las mujeres parece haber chocado a aquellas personas, tanto hombres como mujeres, que no han sido encasillados por estereotipos de papeles de género y relaciones desiguales desde la niñez. Ellos y ellas echan las bases para crear alianzas activas entre hombres y mujeres con el fin de eliminar la violencia contra las muchachas y las mujeres”.¹³⁹ Algunos descubrimientos optimistas surgieron de investigaciones patrocinadas en el 1997 que entrevistaron a unos 160 “activistas que estaban haciendo algo para impedir algún tipo de violencia contra las muchachas y las mujeres en el Sur de Asia”. Ellos dijeron: “Nosotros consideramos que nuestras esposas, hermanas y madres son nuestras semejantes y tan capaces como nosotros. Aceptar una dote es una forma de violencia contra las mujeres. Yo hice los arreglos para que mi hijo se casara con esta mujer sin una dote.” “Mi madre me influyó mucho. Mi madre me enseñó a compartir con otros y a ayudar quienes necesitan ayuda. Ella me enseñó que antes que nada soy un ser humano, y segundo, soy un hombre. Y como hombre, debo ayudar a las mujeres pública y privadamente a que construyan sus vidas.”¹⁴⁰ Este tipo de investigación ayuda a derrumbar mitos, y combinado con la voluntad política, puede llevar a una reducción de la violencia, como los ritos dañinos. Los hombres

¹³⁸ W. Mbugua, comunicación personal, correo electrónico del 20 de octubre de 2000.

¹³⁹ R. F. Hayward, “Needed: A New Model of Masculinity”.

¹⁴⁰ Ibid.

tienen que comprometerse a la protección de la salud reproductiva de las mujeres, no solo por sí misma, sino también como una manera de proteger a sus familias y de protegerse a sí mismos.¹⁴¹

Los hombres y la prevención de la mortalidad materna

Los hombres no cargan el peso físico de un embarazo, pero pueden ser parejas activas en este ciclo vital si tienen la información sobre la atención pre- y post-natal y los embarazos riesgosos y si se les enseña sobre los síntomas del parto que requieren atención de emergencia.

La evaluación del CIPD+5 ha servido para recordar los papeles que los hombres pueden desempeñar en la maternidad segura planeando para el parto, apoyando a las mujeres durante los embarazos, encargándose de las demoras que las mujeres enfrentan cuando tratan de obtener un parto seguro, y ayudando a las mujeres en el período post-parto.¹⁴² Adicionalmente, los hombres pueden apoyar los esfuerzos de las mujeres al contrapesar la maternidad con todas las otras responsabilidades que tienen — los quehaceres domésticos, el cuidado de los niños/as y otro trabajo.¹⁴³

La meta de reducir la morbilidad y mortalidad materna provee una oportunidad excelente para crear alianzas con los hombres. Cuando ellos aprenden sobre el embarazo, los riesgos y las complicaciones del embarazo y el parto, y cómo pueden ayudar a sus parejas en estas circunstancias, los hombres responderán más a las necesidades de las mujeres. Un programa en la India que incluyó a los hombres en la atención de salud materna incrementó en un 40 por ciento el número de hombres que buscaron trabajadores/as de salud para registrar a sus esposas en programas de atención prenatal. Otros resultados incluyeron un incremento en el número de hombres que acompañaron a sus mujeres en visitas al hospital y un incremento en el número de padres que llevaban a sus bebés para ser vacunados/as.¹⁴⁴

Los hombres pueden ayudar a las mujeres a que se mantengan sanas cuando planifican sus familias con sus parejas, limitan y espacian sus hijos/as, alientan la buena nutrición, aseguran que una

¹⁴¹ FNUAP, “Vivir juntos, en mundos separados: hombres y mujeres en tiempos de cambio”, en *El Estado de la Población Mundial*, 2000, New York.

¹⁴² E. Ransom, “Men’s Roles in Women’s Health and Safer Motherhood” (trabajo presentado a la Population Association of America, 2000, session 126).

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ S. Raju y A. Leonard, eds., “Enhancing Roles and Responsibilities of Men in Women’s Health”, en *Men as Supportive Partners in Reproductive Health*, pp. 28–29.

persona capacitada esté presente durante el parto, y pagan para estos servicios profesionales. Otras responsabilidades que ellos pueden tomar para asegurar la salud de su pareja incluyen buscar atención inmediatamente cuando su pareja la requiera; proveer o coordinar transporte a la clínica; acompañar a su pareja en las visitas pre- y postnatales; y ayudar con los quehaceres domésticos, particularmente en los que requieren que ella levante peso, tales como recoger leña y cargar agua. Los hombres también pueden alentar y asegurar que su pareja esté bien nutrida y que descanse lo suficiente después de un parto, un malparto o un aborto para contribuir a la reducción de muertes maternas y a la salud de las mujeres. Un estudio en Egipto sobre la participación de los esposos en la atención post-aborto concluyó que el apoyo del esposo es crítico para la recuperación de las pacientes y su uso de anticoncepción. “El apoyo emocional del esposo es particularmente importante para la recuperación física y emocional de la mujer.”¹⁴⁵

El aborto y la atención post-aborto ofrecen a proveedores/as oportunidades excelentes para informar a los hombres que acompañan a sus parejas sobre la condición de la mujer, la atención post-operación y los métodos de planificación familiar que podrían prevenir futuros embarazos no planeados. En Senegal, el 65 por ciento de las pacientes de atención post-aborto que fueron entrevistadas dijeron que querían que su esposo o pareja estuviera presente durante la consejería sobre la planificación familiar. En Turquía, los hombres que participaron en la consejería sobre la planificación familiar post-aborto fueron más propensos a escoger la vasectomía comparados con los hombres que no recibieron consejería.¹⁴⁶

Otros estudios reflejan cómo la falta de participación de los hombres—o peor, su apoyo por doctrinas que reprimen a las mujeres—contribuyen a la mortalidad materna. Por ejemplo, en lugares donde se observa la “purdah” (costumbre islámica de mantener recluida a la mujer) rígidamente las mujeres requieren el permiso de su esposo para buscar atención médica, aún durante el parto. La ausencia del esposo puede resultar en un daño severo, incluso la mortalidad materna, a la mujer o a su hijo/a.¹⁴⁷ Estos factores juegan un papel en la alta tasa de mortalidad en el norte de Nigeria, donde hay más de 1.000 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos. En esta cultura predominantemente islámica, la cual menosprecia a las mujeres y donde las necesidades reproductivas de las mujeres son controladas rígidamente por los hombres, el acceso de

¹⁴⁵ N. A. Tawab et ál., “Effects of Husband Involvement on Post-Abortion Patients: Recovery and Use of Contraception in Egypt”, Population Council Operations Research Project y el Egyptian Fertility Care Society, 1997, p. 24.

¹⁴⁶ Population Council, “Meeting Women’s Health Care Needs after Abortion”, *Frontiers in Reproductive Health Brief*, núm.1, agosto de 2000.

las mujeres a la atención médica está restringido. Otras prácticas tradicionales y dañinas, incluso el matrimonio y embarazo temprano, ocurren antes de que el desarrollo pélvico materno esté completo.¹⁴⁸ En Zimbabwe, un estudio atribuyó el 32 por ciento de muertes maternas rurales y el 28 por ciento de muertes maternas urbanas a la demora en buscar atención, en parte debido a la falta de transporte a la clínica. La incapacidad de reconocer la severidad de las condiciones de las pacientes fue otro factor que contribuyó al retraso en buscar tratamiento y referencias y, por último, a la muerte.¹⁴⁹

Los cambios políticos para lograr alianzas entre hombres y mujeres

La equidad de género y las alianzas efectivas con los hombres solamente pueden existir en un ambiente que fomente tales principios. Esto requiere que haya leyes y políticas que promuevan la igualdad de género, que aseguren el acceso a información y servicios para todas las mujeres y todos los hombres, y que disminuyan el desequilibrio de género en la educación. Un ambiente político amigable a la agenda de la CIPD alienta el acceso de las mujeres a los recursos económicos e incrementa su participación política. Protege a las mujeres de la violencia, provee atención a los niños y las niñas, y promueve la reforma de la salud para que cubra los costos de atención de salud sexual y reproductiva.

Se podría incluir a varios niveles de políticas. Algunos países han modificado o promulgado leyes nuevas para proveer reconocimiento legal a niños y niñas nacidos fuera del matrimonio y para obligar a los padres a que tomen responsabilidad por sus hijos/as. Colombia, Panamá y Venezuela tenían provisiones legales antes de la conferencia de El Cairo; pero desde entonces, se han fortalecido algunas. En Nicaragua, la Ley de Salud (ley número 149) fue modificada para obligar a los hombres a que reconocieran su paternidad utilizando pruebas clínicas y testigos. Esta ley también promueve la responsabilidad de los hombres requiriendo a los padres a que provean una pensión alimenticia a sus hijos/as. En el Perú, se introdujo un proyecto de ley para reformar el código civil sobre asuntos relacionados con la paternidad y para permitir una vista jurídica sobre disputas fuera del matrimonio sobre la paternidad. La nueva constitución de Venezuela declara explícitamente que “el Estado garantiza el derecho de investigar la paternidad y la maternidad” y

¹⁴⁷ M. Kisekka, “Addressing Gender Based Issues”, p. 17.

¹⁴⁸ L. L. Wall, “Dead Mothers and Injured Wives: The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality among the Hausa of Northern Nigeria”, *Studies in Family Planning* 29, núm. 4 (1998): 341.

¹⁴⁹ S. Fawcus et ál., “A Community-Based Investigation of Avoidable Factors in Maternal Mortality in Zimbabwe”, *Studies in Family Planning* 27, núm. 6 (1996): 319.

establece que “el padre y la madre tienen obligaciones compartidas” en la educación y crianza de sus hijos/as (Artículo 56). En Argentina, Chile y Costa Rica, se han promulgado leyes para eliminar la discriminación contra hijos/as nacidos fuera del matrimonio. Similarmente, Botswana cambió sus leyes sobre la violación en el año 1998 después del cabildeo por grupos de mujeres y de derechos humanos. La condena mínima a prisión aumentó significativamente y conlleva sanciones adicionales si el violador sabía que era seropositivo.

Las leyes sobre el trabajo constituyen otra área donde se han iniciado cambios. Al nivel nacional, la ausencia de la licencia de paternidad hace difícil que los hombres compartan el cuidado de sus niños/as. En Suecia, los esfuerzos del gobierno para involucrar más a los hombres en el tema de género-igualdad se han enfocado principalmente en la persuasión a los padres para que tomen la licencia de paternidad, trabajen en las escuelas y en el sistema de cuidado de niños y niñas, y también en el apoyo a los hombres que están trabajando contra la violencia hacia las mujeres. En 1974, los hombres suecos ganaron el derecho a períodos de licencia cuando tienen hijos/as y el uso por los hombres de la licencia de paternidad ha sido un tema de discusión. En el 1998, el beneficio para padres aumentó del 75 por ciento al 80 por ciento del pago total. Durante la década de los ‘80, los padres en Noruega, Dinamarca y Finlandia recibieron derechos correspondientes, mientras que en Islandia se introdujo un esquema parecido más tarde. En el Sur, Brasil fue el primer país en hacerlo cuando en el 1988 su constitución incluyó la licencia de paternidad, aunque estipuló que fuera en un “máximo de cinco días”. Chile reformó su código de labor para permitir la licencia de paternidad en el caso de enfermedad del hijo o la hija. La regla que permite la transferencia de la licencia post-natal al padre en el caso de la muerte de la madre es una indicación del prejuicio de género que todavía existe a pesar de estas reformas con motivos de buena intención.

El acceso fácil a los suministros de salud reproductiva es otro factor clave que puede facilitar la participación de los hombres en la planificación de sus familias y en la prevención de infecciones. El costo y la disponibilidad de condones sigue siendo un problema porque muchos países ponen impuestos altos sobre condones importados o limitan su distribución.¹⁵⁰ Sin embargo, algunos países todavía prohíben la provisión de información y servicios a jóvenes solteros/as y la educación sobre la vida familiar en las escuelas.¹⁵¹ Algunos países no permiten que las jóvenes embarazadas

¹⁵⁰ C. P. Green y N. Danforth, “Involving Men in Reproductive Health: Policy Implications for Developing Countries” (trabajo presentado a la American Public Health Association, New York, 1996), p. 3.

¹⁵¹ E. K. Bauni y B. O. Jarabi, “Family Planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS”, p. 77.

asistan a la escuela. Algunos proveedores y proveedoras, por ejemplo en Botswana, siguen requiriendo el consentimiento del esposo antes de proveer condones a mujeres casadas.¹⁵²

Finalmente, las creencias culturales y tradicionales que impiden el progreso de las mujeres y que dañan a los hombres y a las mujeres deben ser abandonadas. Ejemplos de éstas incluyen la creencia de que la variedad de parejas sexuales es esencial en la naturaleza de los hombres y que los hombres no pueden controlar su deseo sexual o sus explosiones de violencia; la cultura de silencio que mantiene que las mujeres sean ignorantes con respecto al sexo y pasivas en las interacciones sexuales; la mutilación de los genitales femeninos; el matrimonio temprano; la creencia de que las vírgenes pueden sanar a los hombres o protegerlos de infecciones (en Tanzania, la mayoría de las adolescentes que llegan a los hospitales con complicaciones relacionadas a un aborto había sido preñada por hombres mayores que piensan que las mujeres jóvenes llevan menos riesgo del VIH/SIDA);¹⁵³ y que los hombres son invulnerables.

Para concluir, el logro de la igualdad de género en la salud sexual y reproductiva y en las estrategias de población y desarrollo no es posible si los hombres no logran un sentido de comodidad con su identidad y si no cambian sus vidas. En efecto, se requiere un enfoque en los hombres para programas futuros y una alianza verdadera que respete tanto a los hombres como a las mujeres, reconozca sus diferencias, provea oportunidades iguales y promueva el comportamiento seguro y respetuoso.

¹⁵² S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”, informe para el Ministerio Real de Asuntos Exteriores, Oslo, Noruega, 21 de febrero de 1999, p. 9.

¹⁵³ A. Mundigo, “Determinants of Unsafe Induced Abortion in Developing Countries” (trabajo presentado en la Reunión sobre las prioridades y necesidades en el área del aborto no seguro, OMS, Ginebra, 28–29 de agosto de 2000).

Capítulo 2

Actitudes y prácticas masculinas prevalentes en las áreas de reproducción, sexualidad y servicios

Se reporta mejor sobre el comportamiento sexual como resultado de la epidemia del SIDA. Los descubrimientos sobre el conocimiento y las prácticas de salud sexual y reproductiva de los hombres informan programas sensibles al género enfocados en los hombres. Notablemente, el marco de planificación familiar pre-Cairo está presente en las preguntas de encuestas disponibles, y la mayoría de estos datos aceptan a los hombres como parejas casadas. Los conocimientos sobre la toma de decisiones en salud y fertilidad siguen siendo insuficientes para guiar nuevas estrategias para llegar a los hombres, aunque se ve progreso en cuanto a la tendencia creciente en la toma de decisiones en pareja. Los datos resumidos abajo deben ser leídos con “lentes de género” para tener presente la ecuación de masculinidad analizada en el capítulo anterior. Los sistemas sociales y de género proveen el contexto social para las acciones descritas aquí.

El papel de los hombres en la crisis de SIDA

El énfasis en la prevención de las ETS y el VIH refleja la preocupación continua del mundo con la pandemia del SIDA, la incapacidad de frenar su propagación, y la amenaza creciente que representa para las mujeres debido a un desequilibrio de poder que hace imposible su protección. Cinco años después del Cairo, es más amplio el conocimiento sobre los factores físicos y los comportamientos que contribuyen a la crisis, pero los esfuerzos por reducir la propagación del SIDA han fracasado. El fracaso puede ser atribuido a muchos factores, incluyendo los comportamientos y actitudes fijados que están vinculados a papeles de género tradicionales, actitudes conservadoras que niegan temas delicados como el de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y hombres mayores que tienen relaciones sexuales con muchachas jóvenes, y la falta de voluntad política para enfrentar las desigualdades de género que llevan a relaciones sexuales no deseadas.

Las estadísticas confirman que los hombres desempeñan un papel crítico en la propagación del SIDA. Los datos demuestran claramente que el comportamiento sexual de riesgo de los hombres pone en riesgo a las mujeres y a los hombres, no solamente en la propagación del SIDA sino de otras ETS. Las mujeres casadas están particularmente en riesgo en algunas áreas, como Kigali en Rwanda donde un estudio indicó que el 20 por ciento de mujeres seropositivas habían tenido una

sola pareja sexual, y que el 45 por ciento contrajeron el virus del marido.¹⁵⁴ Los hombres son ocho veces más propensos de transmitir el VIH a una pareja femenina teniendo relaciones sexuales sin protección que las mujeres a los hombres, pero las estadísticas son inadecuadas porque la salud reproductiva de los hombres no ha sido evaluada médicamente a plenitud y se la estudia poco. “Un hombre con el VIH probablemente tiene una posibilidad de uno en 500 de transmitir el virus a su pareja en un solo acto de sexo vaginal. La probabilidad de transmisión de la mujer al hombre en las mismas circunstancias es uno en 1.000”.¹⁵⁵ Datos como éstos contribuyen a la crisis, pero también enriquecen el conocimiento requerido para desarrollar estrategias con el objetivo de detener la propagación de la enfermedad.

Percepción del riesgo y la variedad de relaciones sexuales

El tema de las múltiples parejas sexuales de los hombres no ha sido reconocido suficientemente en las campañas de prevención del VIH aunque las investigaciones confirman que los hombres tienden a tener más parejas sexuales que las mujeres, incluyendo parejas sexuales masculinas (del 3 al 16 por ciento de hombres reportan tener sexo con hombres). La probabilidad de que los hombres tengan dos o más parejas a la vez o consecutivas también les pone en un mayor riesgo de ser infectados con y de transmitir el virus. En un estudio llevado a cabo en 1995 en 18 países, más hombres que mujeres reportaron haber tenido parejas casuales o fuera de las relaciones. Además, los hombres por lo general tienen más parejas sexuales que las mujeres a través de sus vidas y antes del matrimonio. En Costa Rica, el 70 por ciento de las mujeres, comparado con solamente el 9 por ciento de los hombres, había tenido una sola pareja sexual. En el RU, el 24 por ciento de los hombres, comparado con solamente el 7 por ciento de las mujeres, reportó tener 10 o más parejas sexuales en sus vidas. En Nigeria, el 80 por ciento de mujeres jóvenes estudiantes, solteras, y activas sexualmente (de 15-24 años de edad) encuestadas reportó tener una pareja sexual estable, comparado con un 44 por ciento de hombres jóvenes solteros.¹⁵⁶

Investigaciones recientes en varias partes del mundo también indican una percepción fluida del riesgo que cambia según la pareja del hombre (si es una pareja de matrimonio, casual o comercial). Un estudio de clientes para ITS en Shanghai, China encontró que aproximadamente el 15 por ciento de todos los y las clientes habían tenido tres o más parejas sexuales, y que entre el 6 y el 16 por

¹⁵⁴ “AIDS and the World II”, eds. Jonathan Mann and Daniel J.M. Tarantola, Oxford U. Press, 1996.

¹⁵⁵ M. Foreman, ed. “AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility” (London: The Panos Institute and Zed Books, 1998), p. 7.

¹⁵⁶ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”, trabajo de información de ONUSIDA (segundo borrador, Instituto Promundo, Río de Janeiro, Brasil, enero de 2000).

ciento habían tenido dos o más parejas casuales no pagadas.¹⁵⁷ Además, más de la mitad de clientes atribuyeron sus infecciones al sexo no protegido con parejas casuales o pagadas, y solamente un 2 por ciento había utilizado un condón durante la última relación sexual con sus esposas. Otro estudio en el sureste de Nigeria examina la incertidumbre de los hombres sobre su vulnerabilidad a las ETS con parejas casuales descubrió que la transmisión del VIH en algunas regiones se puede caracterizar por un “patrón difuso de comportamiento sexual o creación de redes sexuales” y patrones diferentes de transmisión del VIH en la población en general.¹⁵⁸ Una investigación parecida sobre la percepción de riesgo, llevada a cabo en Nepal, confirma que los hombres no siempre usan condones en las relaciones casuales, mayormente porque perciben que no corren un riesgo de contraer ITS/VIH. El 16 por ciento de los hombres que no usaron condones en la última relación sexual no lo hicieron porque creían que sus parejas no tenían otras parejas. El razonamiento expresado por un camionero de 22 años en Nepal capta la percepción de invulnerabilidad a las ETS y el VIH/SIDA de los hombres: “Como tengo relaciones sexuales con mujeres ... limpias, no hay necesidad de utilizar condones. Es natural temerlo (SIDA), pero yo me cuidó seleccionando cuidadosamente a mis parejas”.¹⁵⁹

Los hombres son más propensos que las mujeres a usar el alcohol y otras sustancias: comportamientos que podrían debilitar la toma de decisiones sexuales e incrementar su riesgo de infección con el VIH. Estos hechos han motivado que los y las promotores/as digan que “persuadir a 10 hombres con varias parejas a que utilicen condones, esterilicen las agujas o tengan menos parejas tiene un impacto mucho mayor sobre la epidemia que capacitar a 1.000 mujeres a protegerse de sus parejas únicas. Los 10 hombres están al principio de una cadena de infección; las 1.000 mujeres constituyen el último eslabón”.¹⁶⁰ Por supuesto, tal declaración no implica que debemos enfocarnos solamente en los hombres con esfuerzos de prevención, sino que enfatiza la noción de la transmisión secuencial.

Algunas actividades sexuales representan un riesgo mayor de infección que otras, pero es posible que los hombres no siempre acepten el ruego de sus parejas a que utilicen un condón. “El sexo anal, debido a la fricción mayor y la fragilidad de los tejidos del ano, representa un mayor riesgo de

¹⁵⁷ OMS/HRP, “Improved Services and Counselling Reduce Risk-Taking Behaviour and Increase Condom Use in Shanghai, China”, *Social Science Research Policy Briefs*, serie 1, núm. 3, junio de 2000, p. 5.

¹⁵⁸ L. J. Messersmith et ál., “Who’s at Risk? Men’s STD Experience and Condom Use in Southwest Nigeria”, *Studies in Family Planning* 31, núm. 3 (2000): 203–16.

¹⁵⁹ OMS/HRP, “Men in Nepal Ignoring Risks from Unprotected Casual Sex”, *Social Science Research Policy Briefs*, serie 1, núm. 2, octubre de 1999.

¹⁶⁰ M. Foreman, *AIDS and Men*, pp. xi, xii.

transmisión del VIH que el sexo vaginal, particularmente para la pareja receptiva—en este caso, las mujeres. Encuestas llevadas a cabo en varios países confirman la frecuencia de sexo anal entre hombres y mujeres. En varios estudios llevados a cabo en África, Asia y Norteamérica, del 15 al 19 por ciento de las mujeres reportan haber tenido sexo anal. El sexo anal entre hombres y mujeres puede ser practicado para preservar la ‘virginidad’ o para evitar el embarazo.”¹⁶¹

Adicionalmente, el sexo entre hombres existe en todas las sociedades, pero sigue siendo altamente estigmatizado y por lo tanto secreto. El rechazo de los hombres a usar condones y dejar de tener relaciones con parejas múltiples, y su denegación de las relaciones sexuales que tienen con otros hombres, son otros factores que los ponen en peligro.¹⁶² “La mayoría del sexo entre hombres está oculta. Según las encuestas llevadas a cabo a través del mundo, hasta una sexta parte de todos los hombres reportan haber tenido sexo con otro hombre. Muchos hombres que tienen sexo con hombres también tienen sexo con mujeres, sea sus esposas o novias regulares u ocasionales. La hostilidad a y conceptos erróneos sobre el sexo entre hombres han resultado en medidas de prevención del VIH inadecuadas en muchos países.”¹⁶³ Hombres menores y más pobres, y los que son más débiles física o psicológicamente, también son vulnerables porque tienden a tomar el papel del receptor en el sexo anal.¹⁶⁴

Por último, el tema de hombres mayores que tienen relaciones sexuales con mujeres jóvenes y muchachas—muchas veces a cambio de dinero o favores—también debe ser considerado en discusiones sobre los riesgos del VIH/SIDA y sobre la violencia. Hay evidencia de que el sexo entre hombres mayores y mujeres menores es responsable de la propagación del VIH en algunas áreas. Un estudio de varios sitios en África descubrió altas tasas de infección con el VIH entre muchachas de 15 a 19 años, pero tasas mucho más bajas entre muchachos masculinos de la misma edad. Sin embargo, los hombres mayores de 25 años exhibían tasas de infección con el VIH que fueron 10 veces más altas que las de los muchachos de 15 a 19 años, indicando que los hombres mayores constituyeron la fuente principal de transmisión del VIH a mujeres jóvenes. En algunos lugares, los hombres mayores buscan a mujeres jóvenes y a muchachas como parejas sexuales específicamente porque creen que las mujeres jóvenes tienen menos probabilidad de estar infectadas con el VIH.¹⁶⁵

¹⁶¹ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

¹⁶² M. Foreman, ed., *AIDS and Men*, p. ix.

¹⁶³ Campaña Mundial contra el SIDA, véase la página Web: www.unaids.org, septiembre de 2000.

¹⁶⁴ M. Foreman, ed., *AIDS and Men*, p. 6.

¹⁶⁵ *Ibid.*

Los hombres y la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo/a

El papel de los hombres cuando causan la transmisión de madre a hijo/a, o dejan huérfanos a los y las hijos/as, no ha sido considerado mucho. Los hombres están involucrados como padres indirectamente, tanto en los casos de niños/as que quedan huérfanos debido a la muerte del padre, la madre o de ambos por el SIDA, como en los casos de niños/as infectados/as durante el parto o a través de la leche de la madre. En la mayoría de estos casos, los hombres se infectaron con el VIH en las relaciones sexuales fuera del matrimonio y lo transmitieron a las mujeres que después murieron del SIDA o transmitieron el VIH a sus hijos/as durante el parto.¹⁶⁶

La crisis del SIDA está ayudando a los y las proveedores/as de salud a reconocer las capacidades y las habilidades que necesitan para trabajar con hombres. Están aprendiendo que las estrategias de prevención del SIDA tienen que ser tan diversas como el público a quien están dirigidas, y deben ser diseñadas cuidadosamente para convencer a los sub-grupos específicos de hombres—jóvenes, viejos, solteros, casados, ricos, pobres, heterosexuales, bisexuales, homosexuales, empleados, no empleados—que están en peligro de ser infectados y de propagar la enfermedad. Los programas de prevención de ETS/VIH también necesitan enfrentar la gama de relaciones sexuales y los significados y comportamientos asociados con las mismas. Por ejemplo, el uso de condones entre hombres es más alto en relaciones de sexo comercial, es inconsistente en relaciones casuales, y es más bajo en el matrimonio.¹⁶⁷

Intenciones reproductivas, conocimientos y prácticas de los hombres como parejas casados¹⁶⁸

Los esfuerzos por identificar las intenciones y necesidades insatisfechas de hombres, mujeres y parejas a través de encuestas como la Encuesta de Demografía y Salud (EDS) enriquecen el conocimiento de los factores que llevan a la práctica de estas intenciones. Las EDS sobre hombres también han aumentado el conocimiento sobre el papel que los hombres desempeñan en la toma de decisiones reproductivas, sus preferencias reproductivas, conocimiento sobre métodos, y aceptación y uso actual de la planificación familiar. Otras encuestas entrevistan a hombres y mujeres, y algunas a parejas para recopilar este tipo de información. Además de la práctica tradicional de entrevistar a

¹⁶⁶ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

¹⁶⁷ L. J. Messersmith et ál., “Who’s at Risk?” p. 203.

¹⁶⁸ La mayoría del análisis siguiente es adaptado de B. Robey y M. Drennan, “Male Participation in Reproductive Health”, *Network* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998); y S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”, informe para el Ministerio Royal de Relaciones Exteriores, Oslo, Noruega, 21 de febrero de 1999.

mujeres, por ejemplo, las EDS actualmente recopilan datos comparables sobre actitudes de planificación familiar y prácticas sexuales de hombres. Además de medir los sentimientos de los hombres sobre su aprobación de la planificación familiar y sus intenciones para el tamaño de la familia, estas encuestas miden la conciencia masculina sobre las opciones anticonceptivas, sus preocupaciones relacionadas a las ETS y su uso de anticoncepción.¹⁶⁹ A partir del 1996, los estudios de EDS han sido completados con más de 45.000 respondientes masculinos, representativos de todos los hombres de edad reproductiva en 22 países.¹⁷⁰ Uno de los primeros estudios comparativos importantes sobre los resultados de hombres, publicado en el 1996, fue basado en 17 EDS llevados a cabo del 1987 al 1993; solamente cuatro de estos estudios fueron completados antes del 1990.¹⁷¹

La conciencia de los hombres sobre la planificación familiar y las ETS

Es posible que los hombres identifiquen la reproducción como una responsabilidad femenina. Una encuesta de parejas en centros de planificación familiar en Azerbaijan demuestra que el 50 por ciento de los hombres pensaba que la anticoncepción era la responsabilidad exclusiva de las mujeres.¹⁷² Esto es debido en parte a la disponibilidad extensa de métodos anticonceptivos femeninos, junto con programas de planificación familiar que hasta muy recientemente estaban totalmente dirigidos a las mujeres y excluían a los hombres.

En casi todos los 15 países encuestados, es más probable que los hombres sepan algo sobre la anticoncepción que las mujeres. Sin embargo, las encuestas reportan solamente si los y las respondientes han oído hablar de varios métodos anticonceptivos. No miden la profundidad de este conocimiento, incluyendo si los y las encuestados/as saben usar los métodos correctamente. En todos los 15 países, la mayoría de los hombres conocen por lo menos un método moderno y un método tradicional. En todos los países africanos, con la excepción de Rwanda, un porcentaje más alto de hombres que mujeres conocían un método moderno. En Egipto, Marruecos, Bangladesh y Pakistán, los hombres y las mujeres reportaron niveles parecidos de conocimiento. El lago entre los conocimientos de los hombres y las mujeres con respecto a la anticoncepción es más profundo en países donde el conocimiento general es bajo.

¹⁶⁹ La interpretación siguiente de los datos es derivada de B. Robey y M. Drennan, "Surveys Suggest Men Have a Strong Interest in Family Planning and Other Reproductive Health Issues", *Network* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998); y de S. Clark et ál., "Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes".

¹⁷⁰ S. Clark et ál., "Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes".

¹⁷¹ A. C. Ezeh et ál., "Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences", DHS Comparative Studies Núm. 18, Macro International, Calverton, Maryland, marzo de 1996.

La propagación del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual ha incrementado la conciencia y el uso de condones. Por ejemplo, en Kenia, Tanzania y Zimbabwe, donde el VIH y otras ETS están muy propagados, los resultados de EDS demuestran que casi todos los hombres han escuchado hablar del SIDA y la mayoría saben que las relaciones sexuales pueden transmitirlo. Estas encuestas demuestran que muchas personas conocen que el uso de condones es una manera de protegerse aunque también revelan mucha información errónea sobre el VIH. En Zimbabwe, por ejemplo, el 57 por ciento de los hombres mencionó el uso de condones como una forma de evitar el contagio con el SIDA, y en Tanzania el 55 por ciento lo mencionó. Sin embargo, en Kenia solamente el 36 por ciento de los hombres que creen que las personas se pueden proteger contra el SIDA identificó el uso de condones durante las relaciones sexuales como una medida de protección.

La aprobación de los hombres de la planificación familiar

Según una EDS reciente, es más probable que los hombres aprueban la planificación familiar y de tener conocimientos sobre la anticoncepción que lo sugerido para ellos según los estereotipos. Basándose en los datos recopilados de hombres en 15 países—11 en África sub-Sahariana, más Bangladesh, Egipto, Marruecos y Pakistán—Alex C. Ezeh y sus colaboradores/as en Macro International, Inc. (la organización basada en los Estados Unidos que organiza y ayuda a realizar los estudios EDS) reportaron que en la mayoría de los países, menos los de África occidental, “las preferencias y actitudes reproductivas de hombres y mujeres hacia la planificación familiar son parecidas”.¹⁷³ Aunque los 15 países solamente representan a partes de África y Asia, hay una consistencia impresionante entre ellos con respecto al interés de los hombres en la salud reproductiva, una consistencia suficiente para sugerir un nivel parecido de interés masculino en otras partes del mundo. Mientras solamente algunas EDS entrevistaron a hombres en América Latina y el Caribe (Brasil, República Dominicana, Haití y Perú), los resultados iniciales sugieren un patrón similar del interés masculino. Por ejemplo, en Brasil los hombres son aún más propensos que las mujeres a decir que no quieren tener más hijos/as. En Haití, el 92 por ciento de los hombres encuestados aprobó el uso de anticoncepción, y en Brasil el 86 por ciento de los hombres lo aprueba. La mayoría de los hombres, como la mayoría de las mujeres, aprueba la planificación familiar. En casi todos los países instruidos, los hombres más educados expresan una mayor aprobación de la planificación familiar que los hombres con menos formación.

¹⁷² Johns Hopkins University School of Public Health, “New Perspectives on Men’s Participation”, *Population Reports*, serie J, núm. 46, octubre de 1998.

¹⁷³ A. C. Ezeh et ál., “Men’s Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences”.

La tasa de aprobación más baja está en África occidental; sin embargo, parece que en esta región la aprobación de los hombres está aumentando. En Gana, por ejemplo, el porcentaje de hombres que aprueba la planificación familiar aumentó del 77 por ciento en el 1988 al 90 por ciento en el 1993. Dentro de la mayoría de estos países, los hombres tienen menos probabilidad que las mujeres de aprobar la planificación familiar. Eroll Alexis, un especialista sobre la participación masculina del Centro Margaret Sanger de Nueva York, observa que “Muchos hombres no confían en programas de planificación familiar porque los ven como un complot para socavar su poder”.¹⁷⁴ Esto puede explicar en parte por qué los hombres muchas veces son representados como obstáculos al uso de anticoncepción

Las intenciones de los hombres para la reproducción y el tamaño de la familia

En la mayoría de los países encuestados, el número de hombres que quieren tener otro/a hijo/a es solamente un poco más alto que el número de mujeres. Este descubrimiento rompe uno de los mitos más difundidos sobre los hombres: que ellos generalmente quieren tener familias mucho más grandes de lo que quieren las mujeres. En la mayoría de los 15 países, las diferencias en las intenciones reproductivas entre hombres y mujeres son pequeñas. Sin embargo, el hecho de que los hombres tienen ligeramente más probabilidad de querer tener otro/a hijo/a ayuda a explicar el descubrimiento que, aunque los hombres tienden a saber más sobre la anticoncepción que las mujeres, son menos propensos a aprobar su uso.

Por cierto, hay países—particularmente en África occidental y en Pakistán—donde los descubrimientos no son alentadores.¹⁷⁵ En África occidental, los hombres tienen mucho más probabilidad que las mujeres de querer tener otro/a hijo/a. En Níger, el caso extremo, el 93 por ciento de los hombres quiere tener otro/a hijo/a comparado con el 82 por ciento de las mujeres. Sin embargo, en países como Níger, Burkina Faso y Gana, las tasas de aprobación de los hombres por la planificación familiar exceden el 60 por ciento. Un repaso de las investigaciones sobre la salud reproductiva y el SIDA en África sub-Sahariana concluyó que “la falta de dirección de intervenciones de salud reproductiva a los hombres ha debilitado el impacto de programas de salud reproductiva”.¹⁷⁶

¹⁷⁴ I. Ndong y W. R. Finger, *Network en español* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998).

¹⁷⁵ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”.

¹⁷⁶ M. Mbizvo y M. Bassett, “Reproductive Health and AIDS Prevention in Sub-Saharan Africa: The Case for Increased Male Participation”, *Health Policy and Planning* 11, núm. 1, 1996.

La laguna en CAP sobre la salud reproductiva de los hombres

Las ETS están tan propagadas que los programas de salud sexual y reproductiva necesitan promover y proveer condones para la protección contra enfermedades y la planificación familiar. Se ha estimado que los hombres entre las edades de 15 y 59 perderán más de 1,9 millones de años de vida ajustados a la incapacidad causada por las ETS, excluyendo el VIH/SIDA, y que perderán otros 16,8 millones al propio VIH/SIDA.¹⁷⁷ La infertilidad, que muchas veces es una consecuencia de ETS no tratadas, afecta a millones de hombres, pero las estadísticas sobre la infertilidad son inadecuadas porque no se estudia o evalúa médicamente la salud reproductiva de los hombres.¹⁷⁸ Por lo tanto, las prácticas de los hombres relacionadas a la salud reproductiva no pueden ser medidas solamente en base al uso de métodos de planificación familiar orientados a los hombres. Sin embargo, éste es el tipo de datos que recopilan la mayoría de las encuestas demográficas.

El conocimiento que tienen los hombres sobre los condones es muy alto alrededor del mundo. Las encuestas nacionales llevadas a cabo con hombres casados en 21 países en desarrollo encuentran que del 50 por ciento al 99 por ciento de los hombres saben de los condones. Pero por varias razones, generalmente la prevalencia de uso de condones no es tan extensa como debe ser. En la mayoría de los países en desarrollo, la prevalencia de uso de condones típicamente es menos del 5 por ciento. Aún más problemático es el bajo uso consistente de condones en las relaciones heterosexuales de los hombres, el cual está generalmente asociado con parejas ocasionales e incluye trabajadoras de sexo. En los datos nacionales de encuestas de hogares en nueve países en desarrollo, solamente del 3,6 por ciento al 10,4 por ciento de los hombres que están casados reportaron que actualmente usaban condones.¹⁷⁹ Una encuesta llevada a cabo en Zimbabwe en el 1994 descubrió que entre hombres casados, cinco veces más reportó el uso de condones durante el mes anterior con una pareja sexual fuera de la relación estable (el 60 por ciento) que con sus mujeres (el 12 por

¹⁷⁷ C. J. L. Murray y A. D. Lopez, eds., *The Global Burden of Disease*, Global Burden of Disease Series, vol. 1 (Boston: Harvard University Press, 1996). Se debe notar que las proyecciones del impacto del VIH/SIDA estaban formuladas antes de los mejoramientos en la base de datos de ONUSIDA y es probable que son conservadores.

¹⁷⁸ U. D. Upadhyay y B. Robey, "Why Family Planning Matters", *Population Reports*, serie J, núm. 49, Baltimore, Maryland, Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, 1999.

¹⁷⁹ Es difícil hacer una comparación de las tasas de uso de condones de hombres en varios países y estudios porque en algunos estudios se le pregunta a los hombres si usan condones como anticonceptivos o para controlar el embarazo, mientras en otros estudios se les pregunta si usan condones para la prevención del VIH; otros estudios no especifican las preguntas. Solamente unos pocos han estudiado el uso de condones por los hombres en otros ambientes (ej. con parejas estables o casuales) y sus motivos (o sea, anticoncepción o prevención del VIH).

ciento). En otro estudio en Zimbabwe, los hombres entrevistados tenían relaciones sexuales con trabajadoras de sexo un promedio de siete veces al mes, pero usaron condones en solamente la mitad de estas relaciones.¹⁸⁰

Es de interés observar que, según las 15 encuestas disponibles, los hombres tienen más probabilidad que sus parejas de reportar el uso de anticoncepción. Una explicación posible es que algunos hombres reportan el uso de condones fuera del matrimonio. En Zimbabwe, un estudio sobre las actitudes de los hombres hacia los microbicidas vaginales descubrió que los hombres consideraban usarlos con novias o con prostitutas, pero no con las esposas.¹⁸¹ Otra posibilidad es que algunas mujeres no reconocen el uso de anticoncepción en las encuestas porque la están usando sin que lo sepan sus maridos. No se sabe si este fenómeno se debe al alto reportaje por los hombres del uso de anticonceptivos o al bajo reportaje de las mujeres.

A pesar de esta base científica para el optimismo, los estudios de EDS existentes revelan que hay una “laguna de CAP” en los hombres—una contradicción entre el nivel de “conocimientos y actitudes” sobre la planificación familiar comparado con sus “prácticas” (CAP). El uso de anticonceptivos por los hombres es más bajo de lo que se podría suponer dado los niveles generales de apoyo y conocimiento. Entre un cuarto y dos tercios de los hombres encuestados dijeron que no querían tener más hijos/as, pero ni estos hombres ni sus parejas estaban usando la anticoncepción.¹⁸² La prevalencia mucho más baja de métodos anticonceptivos que dependen del hombre es una indicación de que los hombres asignan la responsabilidad de anticoncepción a las mujeres. Los condones, la vasectomía, el coito interrumpido y la abstinencia periódica constituyen aproximadamente una tercera parte del total del uso de anticoncepción entre parejas casadas. En los países en desarrollo, el 31 por ciento de las parejas de edad reproductiva depende de métodos “sin suministros”, principalmente el coito interrumpido y la abstinencia periódica aunque estos métodos tienen tasas altas de fracaso.¹⁸³ Además, la proporción de uso de anticonceptivos atribuida a los hombres (incluyendo condones, coito interrumpido, abstinencia periódica y vasectomía) ha bajado en años recientes. Ha llegado al 26 por ciento, una disminución del 11 por ciento desde el 1987, y

¹⁸⁰ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

¹⁸¹ H. H. M. Janneke et ál., “Men’s Attitudes Toward Vaginal Microbicides and Microbicide Trials in Zimbabwe”, *International Family Planning Perspectives* 25, núm. 1, 1999.

¹⁸² F. Roudi y L. Ashford, “Men and Family Planning in Africa”, Population Reference Bureau Chartbook of DHS Data, Washington, DC, 1996.

¹⁸³ K. Ringheim, “Male Involvement and Contraceptive Methods for Men, Present and Future” (trabajo presentado a la sesión del American Public Health Association “Toward Gender Partnership in Reproductive Health”, noviembre de 1996), p. 2.

de un 5 por ciento desde el 1994.¹⁸⁴ La vasectomía (la esterilización masculina) es un procedimiento más seguro y menos invasor que el equivalente femenino (ligadura de trompas), pero es menos utilizada.¹⁸⁵ Los varios usuarios potenciales dan diferentes razones para no aceptar métodos específicos. Estas razones incluyen preocupaciones sobre la permanencia o posibilidad de cambiarlos; la interrupción de la espontaneidad; y efectos adversos en el libido o ejecución sexual. Pero estos métodos también ofrecen beneficios: la prevención del VIH en el caso de los condones, la permanencia de muchas vasectomías, y la ausencia de costos económicos en el uso de la abstinencia y el coito interrumpido.¹⁸⁶

Sin embargo, existe un progreso. Sam Clark et al.¹⁸⁷ observan un aumento significativo en el uso de condones a través del mundo. En Uganda, donde el uso de condones incrementó del 10 por ciento al 17 por ciento entre el 1995 y el 1998, el uso de condones es particularmente alto entre individuos que reportan tener parejas sexuales múltiples o relaciones fuera del matrimonio.¹⁸⁸ En muchos casos, el aumento se ve entre los grupos de alto riesgo, tales como adolescentes y trabajadores de sexo comercial. Las ventas globales de condones a través del mercadeo social en 60 naciones aumentó un 20 por ciento en el 1997 a un total de 937 millones de condones.¹⁸⁹ En Tailandia, el programa “100 por ciento condones” reportó un aumento en el uso de condones en los prostíbulos, del 14 por ciento en el 1989 al 90 por ciento en el 1994.¹⁹⁰

Adicionalmente, se han diseñado pocas opciones satisfactorias de anticonceptivos para hombres además del coito interrumpido, el condón y la vasectomía. Actualmente se están conduciendo investigaciones para proveer métodos hormonales a los hombres, los cuales podrían ser entregados por implantes, inyecciones o posiblemente en forma de vacuna. Otras consideraciones están proveyendo métodos anticonceptivos adicionales a los hombres y revisan si el coito interrumpido puede ser un método viable para prevenir el embarazo y las ETS, incluyendo el VIH/SIDA. Estos descubrimientos implican que si los programas pudieran encontrar maneras mejores para satisfacer

¹⁸⁴ K. Ringheim, “Reversing the Downward Trend in Men’s Share of Contraceptive Use”, *Reproductive Health Matters*, 1999, p. 14.

¹⁸⁵ FNUAP, *El Estado de la Población Mundial 2000*, p. 31.

¹⁸⁶ Ibid.

¹⁸⁷ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”.

¹⁸⁸ T. Lutaol et ál., “Trends and Determinants of Contraceptive Use in Rakai District, Uganda, 1995–98”, *Studies in Family Planning* 31, núm. 3 (2000): 217–27.

¹⁸⁹ W. R. Finger, “Social Marketing Campaigns to Prevent AIDS Have Made Condoms Readily Accessible and Affordable”, *Network* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998).

¹⁹⁰ K. E. Nelson et ál., “Changes in Sexual Behaviour and a Decline in HIV Infection among Young Men in Thailand”, *New England Journal of Medicine* 335, núm. 5 (1996): 297–303.

las necesidades insatisfechas de los hombres como individuos y como partes de parejas, el uso de anticonceptivos podría aumentar de manera significativa.

Los papeles de los hombres en la toma de decisiones en pareja sobre la reproducción y la sexualidad

El tratamiento de las parejas como la unidad de análisis añade una perspectiva diferente y aumenta nuestro conocimiento sobre las preferencias y la toma de decisiones reproductivas. El enfoque en las parejas implica una comparación directa de las preferencias de los dos individuos más importantes en la toma de decisiones reproductivas. A pesar de nuevos estudios sobre los hombres y las parejas, se conoce muy poco sobre las dinámicas de la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las parejas, ni cómo los papeles de género afectan estas decisiones. Estas podrían incluir decisiones sobre la práctica de la planificación familiar o no, la selección de cuándo y cómo tener relaciones sexuales, las relaciones sexuales fuera del matrimonio, el uso de condones para prevenir las ETS, y la búsqueda de atención cuando ocurran complicaciones prenatales y de post-aborto.¹⁹¹

Las decisiones de hombres y parejas relacionadas a sus intenciones reproductivas

En la mayoría de los países en desarrollo, los maridos dominan la toma de decisiones reproductivas sobre el uso de anticonceptivos, el tamaño de la familia y el espaciamiento de embarazos. Sin embargo, la percepción de que los hombres, a fin de cuentas, son los tomadores de decisiones sobre temas reproductivos puede ser exagerada.¹⁹² Con la excepción de naciones en África occidental, hay evidencia creciente que los hombres y las mujeres tienden a tener preferencias reproductivas y actitudes hacia la planificación familiar parecidas, y que la aprobación de los hombres al uso de la planificación familiar es parecida a la de las mujeres.¹⁹³ A nivel nacional, la evidencia sugiere que la concordancia entre esposos-esposas es mucho más fuerte en los contextos menos estratificados por el género que en los más estratificados.¹⁹⁴ Un repaso de las actitudes e intenciones

¹⁹¹ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”, *Population Reports*, serie J, núm. 46, (Johns Hopkins University School of Public Health, octubre de 1998).

¹⁹² A. Banakole y S. Singh, “Couples’ Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries: Hearing the Man’s Voice”, *International Family Planning Perspectives* 24, núm. 1 (1998): 15.

¹⁹³ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programs”, p. 9.

¹⁹⁴ K. O. Mason et ál., “The Husband’s Role in Determining Whether Contraception Is Used: The Influence of Gender Context in Five Asian Countries” (trabajo presentado al IUSSP, Buenos Aires, Argentina, 13–15 de mayo de 1998).

reproductivas de las parejas descubrió una concordancia entre parejas del 60 al 70 por ciento sobre estos temas.¹⁹⁵

Algunas investigaciones recientes informan sobre la falta de comunicación entre parejas sobre temas sexuales y reproductivos, por qué ésta ocurre, y las implicaciones de la misma.¹⁹⁶ Con datos de las Encuestas Demográficas de Salud recopilados en 18 países en desarrollo entre el 1990 y el 1996, se comparó las actitudes de esposos y esposas sobre la fertilidad y la anticoncepción. Los resultados demuestran que la educación es un pronosticador importante de gran comunicación entre esposos-esposas.¹⁹⁷ En Uganda, las parejas en áreas urbanas fueron más probables de hablar sobre si tener hijos/as o no que parejas rurales.¹⁹⁸ Los esposos y las esposas pueden tener metas diferentes respecto a la reproducción, y datos de cada individuo en la pareja son necesarios para determinar estas diferencias.

Los datos nuevos sobre los hombres también demuestran una gran variación regional en las proporciones de hombres y mujeres que reportan haber tenido una discusión sobre la planificación familiar durante el año que acababa de transcurrir. Casi tres cuartos de los y las respondientes en naciones de África occidental reportaron no haber discutido la planificación familiar durante el año anterior. En los países de África occidental, solamente la minoría de los hombres casados encuestados reportó haber hablado con sus esposas sobre la planificación familiar en el año previo—23 por ciento en Níger y Senegal y 43 por ciento en Malí. En los países de África oriental, los hombres encuestados fueron más propensos a hablar sobre la planificación familiar—49 por ciento en Burundi y 68 por ciento en Kenia.¹⁹⁹ Aunque el estudio de Bankole y Singh²⁰⁰ incluyó solamente a unos pocos países fuera de la África sub-Sahariana, los resultados demuestran que esta región difiere sustancialmente del resto del mundo en desarrollo. Descubrieron que los esposos tienden a querer tener más hijos/as que sus esposas, y que quieren tener el próximo hijo/a más pronto que la mujer. Entre los países donde se hacen las EDS, hay más acuerdo entre los esposos y las esposas sobre el número ideal de hijos/as en Asia, América Latina, y África del Norte que en

¹⁹⁵ S. Becker, “Couples and Reproductive Health: A Review of Couple Studies”, *Studies in Family Planning* 27, núm. 6 (1996): 291–306.

¹⁹⁶ A. Blanc et ál., “Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda”, Macro International, Calverton, Maryland, diciembre de 1996, p. 214.

¹⁹⁷ Seminario sobre “Male Involvement in Reproductive Health: Summary of Research Findings and Future Directions” (Alejandría, Egipto, Population Council Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, 4–5 de mayo de 1998).

¹⁹⁸ A. Blanc et ál., “Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda”, p. 214.

¹⁹⁹ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”.

África sub-Sahariana. Se puede comparar estos datos con Egipto, donde el 21 por ciento de los hombres y mujeres reportaron no tener ninguna discusión sobre la anticoncepción el año previo.²⁰¹ En algunos ambientes, la diferencia de edad entre el esposo y la esposa es un determinante de “si los esposos y esposas tienen preferencias reproductivas similares”.²⁰² La diferencia de edad obviamente es un área donde la poligamia juega un papel negativo en las dinámicas de parejas. Un estudio que examina la toma de decisiones reproductivas en Nigeria también encontró que “las decisiones sobre la fertilidad están determinadas por la persona que controla y asigna los recursos económicos en la familia”.²⁰³

Por otra parte, es posible que las parejas estén de acuerdo sin saberlo. Los datos de las EDS demuestran consistentemente que muchas mujeres piensan que sus maridos se oponen a la planificación familiar cuando los maridos en realidad la aprueban.²⁰⁴ Los datos de Uganda del 1995 demuestran que el 24 por ciento de las esposas pensaban que el marido no aprobaba la planificación familiar cuando en realidad la apoyaba. Otro 17 por ciento no sabía cual era la actitud de su esposo pero él la aprobaba.²⁰⁵ Por lo tanto, en el caso de Uganda, más de la mitad de las esposas no sabían que sus esposos estaban a favor de la planificación familiar, o suponían incorrectamente que ellos estaban opuestos. Estudios en Egipto encontraron que los esposos y las esposas discuten muy poco el uso de la planificación familiar o el número de hijos/as que cada persona quiere. A pesar de este descubrimiento, el acuerdo entre esposos y esposas tiende a ser alto. Estos resultados indican que una mejora en la comunicación entre esposos tiene el potencial de incrementar el uso de la planificación familiar. Sin embargo, la discrepancia entre lo que dicen los respondientes y lo que sucede en la realidad sugiere que hasta cierto punto hay una “predisposición a lo aceptable socialmente” en las respuestas a la pregunta “¿Quién tiene la última palabra sobre el uso de la planificación familiar?” En Egipto, como se espera generalmente que el marido sea la figura dominante en la familia, y que la mujer sea obediente, es probable que el esposo y la esposa se conformen a esta imagen, particularmente en público—como en una entrevista—para que otros no

²⁰⁰ A. Bankole y S. Singh, “Couples’ Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries”, pp. 15–24.

²⁰¹ A. C. Ezeh et ál., “Men’s Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences”.

²⁰² A. Bankole y S. Singh, “Couples’ Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries”, p. 17.

²⁰³ U. C. Isiugo-Abanihe, “Reproductive Motivation and Family-Size Preferences among Nigerian Men”, *Studies in Family Planning* 25, núm. 3 (1994): 150.

²⁰⁴ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”.

²⁰⁵ Ibid.

les vean como “desviados/as”. En privado, las dinámicas de relaciones entre esposos y esposas son mucho más complejas.²⁰⁶

Las preferencias similares de fertilidad encontradas en estas encuestas esconden un desacuerdo significativo entre hombres y mujeres al nivel de la pareja.²⁰⁷ Encuestas llevadas a cabo en Bangladesh, la República Dominicana y Zambia encontraron diferencias notables entre esposos/as con relación a las intenciones anticonceptivas y de fertilidad en estos tres países. Entre esposos y esposas existe una mayor diferencia en la intención de usar anticonceptivos que en la de concebir sus hijos/as.²⁰⁸ Las encuestas también encuentran que las creencias de los hombres sobre la fertilidad, el uso de anticoncepción y la sexualidad son tan diversas que las diferencias en sus actitudes pueden ser más grandes que las diferencias entre las actitudes de hombres y mujeres.²⁰⁹

Entre las generaciones menores, y en ciertas culturas, el control que tienen los hombres sobre la toma de decisiones reproductivas puede estar disminuyendo. En el Perú, Argentina y Brasil, los hombres jóvenes negocian las decisiones sexuales y reproductivas con sus parejas. En Sri Lanka, donde los niveles de educación y la capacidad de leer y escribir de las mujeres son altos, más de la mitad de las esposas y casi dos tercios de los esposos reportan que toman decisiones en conjunto sobre la planificación familiar.²¹⁰

La discrepancia entre el número de hijos/as que desea una pareja y el número de hijos/as que tienen en la realidad puede ser debida en parte a que algunas parejas se comunican muy poco sobre estos temas. Las normas culturales, tradicionales, religiosas y de género fijas son obstáculos que impiden la comunicación entre muchas parejas sobre intenciones reproductivas. Para muchos hombres y mujeres, todavía es muy difícil hablar entre ellos sobre la sexualidad o cualquier cosa ligeramente relacionada, incluyendo la planificación familiar. Las EDS en Senegal y Níger indican que solamente el 25 por ciento de los hombres que conocen la planificación familiar han hablado de

²⁰⁶ Seminario sobre “Male Involvement in Reproductive Health”.

²⁰⁷ M. Greene y A. Biddlecom, “Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles”, *Population and Development Review* 26, núm. 1 (2000): 96.

²⁰⁸ S. Becker, “Measuring Unmet Need: Wives, Husbands or Couples?” *International Family Planning Perspectives* 25, núm. 4 (1999): 172–80.

²⁰⁹ M. Greene y A. Biddlecom, “Absent and Problematic Men”, pp. 81–115.

²¹⁰ Johns Hopkins University School of Public Health, “New Perspectives on Men’s Participation”, p. 20.

esto con su pareja en el año en que se llevó a cabo la encuesta. En Camerún, un porcentaje un poco más alto de hombres (39 por ciento) ha hablado sobre este tema con su pareja.²¹¹

La ausencia de comunicación, o la comunicación indirecta, entre parejas sobre la planificación familiar, la reproducción y los temas sexuales contribuye a la tendencia tanto de hombres como de mujeres a sobre-estimar la demanda de su pareja de tener más hijos/as. La oposición real o percibida de la pareja contribuye a aumentar la necesidad insatisfecha reportada por las mujeres y a un cambio en la mezcla de anticonceptivos de métodos modernos a métodos tradicionales.²¹² Un estudio llevado a cabo en Nigeria confirma que “aún en situaciones donde no se toma una decisión hablada, los deseos percibidos u objeciones de los hombres pueden influenciar en las acciones de sus esposas. Por ejemplo, una mujer que favorece la planificación familiar podría no tomar la iniciativa de usar anticonceptivos porque percibe que las actitudes de su marido serían negativas, aún si él no ha comunicado su objeción directamente”.²¹³ Aún cuando hay comunicación, el desequilibrio en el poder reduce la capacidad de la mujer a negociar en condiciones igualitarias.

Muchas personas creen que la inclusión de los hombres en programas de salud sexual y reproductiva facilitará la comunicación sobre la sexualidad y reproducción entre hombres y mujeres, y que fomentará acciones que promuevan la equidad de género, como tomar turnos en el uso de anticonceptivos. Esta suposición ha sido apoyada por la correlación clara entre familias más pequeñas y la comunicación entre hombres y mujeres sobre la planificación familiar, lo cual ha sido documentado en varios estudios. Las parejas que discuten la planificación familiar son más probables a usar la anticoncepción efectivamente y de tener menos hijos/as. En cambio, hombres y mujeres que no saben cuáles son los deseos de fertilidad, las actitudes sobre la planificación familiar, o las preferencias de anticoncepción de su parejas son más probables a tener embarazos no planeados, abortos no seguros, y ETS.²¹⁴ Sin embargo el concepto de la comunicación como un indicador de la toma de decisiones en conjunto da por sentado el modelo Occidental de la familia nuclear. En culturas donde las familias están estructuradas de manera muy diferente, y donde la solidaridad de la familia extendida puede competir con la emergencia de relaciones fuertes de la

²¹¹ Johns Hopkins University/Population and Communication Services y Académie pour le Développement de L'Education (AED/SARA), *Les Hommes: Partenaires-Clés de la Santé de la Reproduction* (informe para la Primera Conferencia de Países Francófonos sobre la Participación Masculina en la Salud Reproductiva, Ouagadougou, Burkina Faso, 30 de marzo al 3 de abril de 1998), p. 12.

²¹² B. Wolff et ál., “The Role of Couple Negotiation in Unmet Need for Contraception and the Decision to Stop Childbearing in Uganda”, *Studies in Family Planning* 31, núm. 2 (2000): 124–37.

²¹³ U. C. Isiugo-Abanihe, “Reproductive Motivation and Family-Size Preferences among Nigerian Men”, p. 151.

familia nuclear, es posible que las parejas se comuniquen sus deseos o preocupaciones reproductivos utilizando maneras indirectas o no verbales. Por ejemplo, en Uganda y Nigeria, la mayoría de la comunicación entre hombres y mujeres sobre temas reproductivos fue a través de sugerencias, insinuaciones, y al hablar con amigos/as o familiares esperando que ellos/as comunicarían esta información a su pareja sexual.²¹⁵ Otros/as investigadores/as cuestionan la validez de la pregunta: “¿Has discutido la planificación familiar con tu esposo/a?” Es posible que los y las respondientes tengan ideas de lo que significa “discutir” que son diferentes al entendimiento de los y las investigadores/as. Por ejemplo, una conversación casual o una broma con el esposo sobre el uso de planificación familiar podría ser entendido por algunos/as respondientes como una forma de discusión, pero no por otros/as.²¹⁶

La comunicación entre parejas es solamente uno de los muchos factores que influyen a las parejas y afectan sus decisiones y bienestar reproductivos. El nivel de educación, las presiones familiares, las expectativas sociales, el estatus socio-económico, el contacto con los medios masivos, la experiencia personal, las expectativas para el futuro y la religión también son factores que influyen a las decisiones.²¹⁷

La negociación entre parejas del sexo más seguro

La capacidad de los hombres y las mujeres de percibir los riesgos de ETS/VIH/SIDA y de discutirlos con sus parejas puede influenciar el cambio de comportamiento de manera positiva.

Aunque es un tema que puede salvar la vida, no se sabe mucho sobre la negociación del sexo más seguro en parejas casadas o en relaciones casuales porque la mayoría de las investigaciones sobre la comunicación entre parejas disponibles se enfoca en la toma de decisiones sobre la planificación familiar. No es sorprendente que la comunicación entre parejas casadas sobre temas relacionados con la planificación familiar sea más fácil que la comunicación sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, algunos hombres creen que cada vez es más posible hablar sobre este tema, y esto podría ofrecer

²¹⁴ Johns Hopkins University School of Public Health, “New Perspectives on Men’s Participation”, p. 21.

²¹⁵ A. Blanc et ál., “Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda”, p. 214.

²¹⁶ Seminario sobre “Male Involvement in Reproductive Health”.

²¹⁷ L. Beckman, “Communication, Power and the Influence of Social Networks in Couple Decisions on Fertility”, in *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 2, R. A. Bulatao et ál., eds. (Nueva York: Academic Press, 1983), pp. 415–43.

alguna esperanza.²¹⁸ Sin embargo, es necesario enfrentar los conceptos erróneos del riesgo compartidos por los dos géneros. Notablemente, algunas personas creen que la menstruación y la menopausia reducen el riesgo de infección de las mujeres. Y ambos géneros tienen sospechas del uso de condones en el matrimonio.²¹⁹ También sabemos que la falta de consistencia en el uso de condones es otro impedimento al sexo más seguro, y que es notable en casos donde el hombre tiene varios tipos de relaciones, incluso casuales y comerciales.

Los programas para crear alianzas con los hombres en la salud y los derechos sexuales y reproductivos (AHSSR) enfrentan un gran desafío en el área de las negociaciones del sexo más seguro. Las mujeres muchas veces carecen del poder suficiente para negociar el sexo más seguro con sus parejas, si están casadas, tienen relaciones casuales o están involucradas en el sexo comercial. El compromiso emocional de una mujer joven con su pareja puede prevenir que discuta el sexo o el uso de condones.²²⁰ Debido a los papeles de género, muchas mujeres por todo el mundo tienen dificultades al hablar sobre el sexo o mencionar temas relacionados con la salud reproductiva. Es posible que ellas no puedan pedir que sus parejas usen condones, o que ellas no puedan negar tener relaciones sexuales aun cuando saben que corren el riesgo de embarazarse o de ser infectadas con una ETS, incluso el VIH.²²¹ En Uganda, las investigaciones han encontrado que una de cada cuatro personas cree que una mujer no puede negarse a tener relaciones sexuales aun si sabe que la pareja tiene el SIDA. Es posible que las mujeres se sometan a los hombres porque tienen miedo de retaliaciones, como la violencia o el divorcio, y porque los papeles de género las ponen en posiciones subordinadas en la sociedad.²²² En Kenia, discusiones entre esposos sobre el riesgo de ETS, incluyendo el VIH/SIDA, están impedidas por el deseo de evitar acusaciones o contra-acusaciones de infidelidad conyugal. Hay una creencia que discutir las ETS presenta una oportunidad para que la esposa acuse al esposo de infidelidad, un comportamiento que tanto la esposa como el esposo no quiere reconocer. Los hombres temen que las sospechas podrían impulsar a la mujer a adoptar comportamientos vengativos. La cultura persistente de silencio hace que los temas sexuales sean aun más tabúes en discusiones entre maridos; por la misma razón, las transgresiones sexuales de los hombres se quedan impunes. Otros factores incluyen bajos niveles de

²¹⁸ W. Muhwava y N. Matinhure, “Awareness and Perceptions of STD/HIV/AIDs and Spousal Communication: Opportunities for Behaviour Change” (en preparación, Proyecto 97908F, con apoyo del OMS/HRP, University of Zimbabwe, Centre for Population Studies, Harare).

²¹⁹ Ibid.

²²⁰ Panos Institute, Panos HIV/AIDS Briefing No 6 (información resumida, preparada con base en “AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?”, M. Foreman, ed., diciembre de 1998).

²²¹ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”.

²²² A. Blanc et ál., “Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda”, p. 214.

educación, las lagunas en el nivel de educación entre esposos, la falta de información sobre las ETS, y el deseo prevalente de los hombres de controlar o a estar en control/tener el mando.²²³

Se necesitan más investigaciones sobre las diferencias de género en cuanto a las preferencias y el comportamiento reproductivo y en las relaciones sexuales. La investigación debe ser extendida a hombres y mujeres solteros/as, particularmente a los hombres que nunca han estado casados y sus parejas sexuales, y a más países, particularmente en regiones fuera de África sub-Sahariana. Como se notó anteriormente, hay poca información sobre la negociación del sexo más seguro entre parejas casuales.

Las necesidades de salud reproductiva de los hombres como clientes

Los programas efectivos sensibles al género toman la oportunidad para empoderar a los hombres a que mejoren su salud y la salud de su pareja, y consideran las necesidades del individuo y de la pareja mientras protegen la salud y los derechos reproductivos de las mujeres.

Servicios de salud sexual y reproductiva para los hombres

Aunque no hay consenso sobre hasta qué punto los programas de población y servicios de salud primaria pueden satisfacer las necesidades sexuales y reproductivas de los hombres, existe un acuerdo general que las preocupaciones de salud reproductiva de los hombres no han sido tratadas. Estas incluyen la planificación familiar, la prevención y el tratamiento de ETS, la sexualidad y la disfunción sexual, problemas psico-sexuales, cánceres de la próstata y de los testículos, y condiciones urológicas.²²⁴ Otras preocupaciones reproductivas que señalan los hombres son el tamaño del pene, la impotencia, la eyaculación temprana, la masturbación, el SIDA y otras ETS.

Aunque los hombres han sido excluidos de los servicios reproductivos, de todas formas han estado involucrados pero sin el beneficio de la educación e la información que reciben las muchachas y las mujeres. El interés de los hombres en el sexo y la reproducción, su falta de conocimientos sobre los mismos, y sus disfunciones sexuales—especialmente la impotencia y la infertilidad—han sido

²²³ B. M. Fapohunda y N. Rutenberg, “Expanding Men’s Participation in Reproductive Health in Kenya” (Nairobi, Kenya: African Population Policy Research Centre, 1999).

²²⁴ PATH, “Involving Men in Reproductive Health”, *Outlook* 14, núm. 3 (1997): 1. Véase también, C. Laudari, “Gender Equity in Reproductive and Sexual Health” (trabajo presentado al taller temático TSS del

ignorados por los servicios de salud primaria. En pocos casos, para los que pueden pagar por el servicio, urólogos fuera del contexto sexual y reproductivo han tratado algunos de los problemas físicos de los órganos reproductivos masculinos. Los hombres también quieren saber en qué momento del ciclo menstrual una mujer tiene más probabilidad de concebir.²²⁵ Los hombres saben poco sobre su sexualidad y la de las mujeres; comparten poco en sus relaciones sobre la sexualidad, y muchas veces creen en mitos sexuales. En la India, los y las investigadores de estudios sobre las percepciones que tienen los hombres sobre enfermedades genitales y las actitudes y percepciones de hombres y adolescentes sobre la sexualidad y temas relacionados, no pudieron terminar la investigación porque ellos mismos se sentían incómodos hablando sobre temas sexuales. Esto convenció a la agencia implementadora, Social Action for Rural and Tribal Inhabitants of India (SARTHI), que los y las miembros del personal tendrían que superar sus propias barreras internas y aumentar su sensibilidad a asuntos sexuales para que sus investigaciones tuvieran éxito.²²⁶

Los hombres requieren de servicios sexuales y reproductivos que sean flexibles y que respondan a sus comportamientos sexuales y sus necesidades cambiantes a lo largo de sus vidas. Un hombre adolescente en una relación no estable tendrá necesidades diferentes que un hombre casado de mediana edad que tiene dos hijos/as, al igual que un hombre mayor que está enfrentando el cáncer de la próstata. Sin embargo, los servicios ofrecidos y su entrega, pueden variar mucho debido a las necesidades locales, los valores culturales y los recursos disponibles. En algunos casos, puede ser más eficiente hacer referimientos a servicios que están más allá de la esfera de acción de una clínica básica de planificación familiar o salud reproductiva, como en casos de clientes que necesitan atención para el cáncer, tratamiento para ETS/VIH/SIDA, atención de salud mental, terapia sexual, y consejería y servicios de empleo.²²⁷

El reconocimiento de que los hombres necesitan sus propios servicios de salud sexual y reproductiva ha sido un factor en la formación de alianzas con los hombres en la salud sexual y reproductiva. Los estudios que examinan la distancia entre las actitudes positivas sobre la

FNUAP sobre la Participación Masculina en la Salud Reproductiva y Servicios, Roma, noviembre del 1998), pp. 6–7.

²²⁵ S. Raju y A. Leonard, eds., “Perception of Male Members about Reproductive Health Matters: Preliminary Evidence from a Tribal Area of Gujarat”, in *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality* (Population Council, Oficina Regional de Asia del Sur y del Este, 2000).

²²⁶ R. Saraswati y A. Leonard, “Men’s Involvement in Women’s Health: the SARTHI Experience”, en *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, eds. S. Raju y A. Leonard, p. 21.

²²⁷ I. Ndong et ál., “Men’s Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services”, *International Family Planning Perspectives* 25, sup., 1999.

planificación familiar y la omisión del uso de anticonceptivos de los hombres sugieren que si los hombres recibieran educación e información sobre los sistemas reproductivos de los hombres y las mujeres, métodos anticonceptivos, y acceso a servicios específicos, es posible que ellos aumentarían su participación en la salud reproductiva.²²⁸

Los y las proveedores de salud que trabajan con hombres están aprendiendo sobre la complejidad y las implicaciones transcendentales de incluir a los hombres en la salud sexual y reproductiva. Los hombres enfrentan sus propios problemas de salud, que a veces son independientes de los de sus parejas. Los programas de salud para los hombres enfrentan el desafío de responder a las necesidades múltiples y cambiantes de salud sexual y reproductiva de los hombres. La prevención y el tratamiento de las ETS, particularmente el VIH/SIDA, da una idea de la complejidad del trabajo del/la proveedor/a de salud. Un enfoque basado en la sexualidad a los servicios para hombres requeriría una consideración no sólo de los cambios a través del ciclo vital de los hombres, sino también de cómo las necesidades difieren según los patrones de relaciones sexuales. En casos de poligamia, las necesidades de los hombres varían según la esposa específica,²²⁹ o puede ser que tengan varias parejas—una casual con quien tienden a usar condones como profiláctico, y otra estable, con quien no los usan.

Los programas de salud reproductiva y los y las proveedores/as de planificación familiar desempeñan un papel clave para ayudar a que los individuos reconozcan sus intenciones anticonceptivas y reproductivas. El uso de un método específico está influenciado por proveedores.²³⁰ Los y las médicos pueden dar por sentado que la vasectomía no es aceptable para sus clientes masculinos, o que se debe tener cierto tamaño de familia antes de recomendar la esterilización. También los y las médicos son más propensos/as a recomendar los procedimientos que ellos hacen.²³¹

Sin embargo, los estudios demuestran que los y las proveedores de servicios tienen poca o ninguna experiencia trabajando con hombres y/o temas relacionados con la sexualidad. Además, la capacitación tradicional enfatiza la adquisición de conocimiento técnico pero por lo general no trata

²²⁸ R. Saraswati y A. Leonard, “Men’s Involvement in Women’s Health”.

²²⁹ P. Ngom, “Men’s Unmet Need for Family Planning: Implications for African Fertility Transitions”, *Studies in Family Planning* 28, núm. 3 (1997): 192–202.

²³⁰ R. J. Magnani, “The Impact of the Family Planning Supply Environment on Contraceptive Intentions and Use in Morocco”, *Studies in Family Planning* 30, núm. 2 (1999): 120–32.

²³¹ K. Ringheim, “Male Involvement and Contraceptive Methods for Men, Present and Future”, p. 3.

temas como las relaciones de poder entre hombres y mujeres o entre proveedores y clientes; tampoco trata el sexo o la violencia basada en género.

Sistemas de salud que refuerzan las posiciones desiguales de los hombres y las mujeres

Los trabajadores de salud masculinos que se desempeñan en la salud sexual y reproductiva de las mujeres deben conocer los temas relacionados al género. Algunos aspectos de la entrega de servicios refuerzan o debilitan las desigualdades de género en y sostenidas por el propio sistema de salud, y los prejuicios sociales están reflejados en los patrones al contratar a personal dentro de organizaciones de salud (y otras). Los hombres tienden a estar sobre-representados en posiciones de toma de decisiones. Son médicos, directores y administradores de alto nivel, mientras que las mujeres constituyen los niveles más bajos como enfermeras, asistentes, consejeras y trabajadoras comunitarias.²³² Por ejemplo, en Chile, aunque las mujeres constituyen el 70 por ciento del personal de salud y tienen la mayoría de las posiciones administrativas y profesionales intermedias según los datos del Ministerio de la Salud, los hombres dominan las posiciones más altas. Las relaciones desiguales están reforzadas implícitamente en la capacitación de profesionales de salud, y esto lleva a un claro repartimiento sexual del trabajo con respecto a las especialidades médicas, algunas de las cuales son promovidas como “femeninas” y otras como “masculinas”.²³³

También necesitamos trabajar con proveedores de salud en los servicios públicos para desarrollar programas de capacitación con énfasis en el género, la calidad de atención y la salud sexual y reproductiva. La meta de crear alianzas entre hombres y mujeres se extiende a los hombres y mujeres dentro de la profesión médica. El paternalismo es endémico en la atención de salud. “Los servicios públicos de salud por lo general operan dentro de un modelo biomédico que se puede describir como patriarcal y basado en relaciones jerárquicas. Este modelo alienta la dependencia y sumisión, y afecta las relaciones entre profesionales de salud y otros/as trabajadores de salud en la provisión de servicios, y entre proveedores en todos los niveles y los y las usuarios/as de servicios. ... Por ejemplo, la subordinación a la autoridad masculina aprendida parece reforzar la sobrevaloración de la autoridad de médicos masculinos, una tendencia común entre pacientes masculinos y femeninos. ... En particular, los médicos masculinos tienden a tratar a las mujeres como niñas, diciéndoles ‘mamitas’ o ‘muchachas’. Con este lenguaje y la ‘palmada en la espalda’ no verbal—

²³² J. Helzner, “Male Involvement in Reproductive Health”, *Reproductive Health Challenges* (1996): 5.

²³³ M. A. Matalama, “Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services”, *Challenges in Reproductive Health Matters* 6, núm. 11 (mayo de 1998): 10–21.

que muchas veces lo acompaña—se está patronizando y desvalorando a las mujeres, y más fácilmente se las puede tratar con indiferencia”.²³⁴ La excepción es Filipinas. Principalmente debido a las circunstancias y la cultura, y no a propósito, tanto el gobierno como las ONG tienen una proporción grande de mujeres en posiciones de nivel medio y de gerencia en el sistema de salud; ellas supervisan una fuerza de campo dominada por parteras y Trabajadores de Salud Baranguay femeninas. Los servicios de salud materno-infantil y planificación familiar parecen estar muy “orientados a las mujeres”. Por ejemplo, las mujeres ingresadas para abortos inducidos sépticos son tratadas como pacientes y no como ofensoras; las madres no casadas no son condenadas al ostracismo durante el parto en el hospital. Por otra parte, la orientación femenina de la entrega de servicios plantea un problema para la promoción de la participación masculina y para el tratamiento de las necesidades de salud reproductiva de los hombres.²³⁵

Los y las médicos/as y enfermeros/as pueden tomar decisiones que afectan a los y las pacientes sin incluirlos bajo la suposición de que son ellos los que saben mejor. Las alianzas exitosas no son jerárquicas, y los y las aliados comparten la toma de decisiones y la responsabilidad.²³⁶ De hecho, cada vez más la ley requiere que los y las médicos respeten a los y las pacientes como semejantes capaces de y responsables para tomar decisiones en sus vidas. Se requiere que los y las médicos/as les den a sus pacientes la información médica que necesitan para tomar decisiones informadas.²³⁷ Una evaluación llevada a cabo por el FNUAP recomendó que la orientación y los programas de capacitación en salud sexual y reproductiva deben incluir conceptos de la igualdad de género y diseñarse tanto para proveedores como para la población masculina en general. Además, la capacitación en la sensibilidad de género debe incorporarse dentro de los servicios de salud reproductiva en vez de tratarse como un tema separado.²³⁸

Para concluir, esta evaluación general de las necesidades de los hombres en términos de actitudes, prácticas sexuales y reproductivas, y comportamiento de comunicación ha apuntado algunas de las prioridades de programas futuros. En los países donde la oposición de los hombres a la planificación familiar y su desinterés por la salud sexual y reproductiva parece ser más mito que realidad, se necesitan más esfuerzos para cambiar las actitudes prevalentes de los hombres respecto

²³⁴ Ibid.

²³⁵ FNUAP, “Implementing the Reproductive Health Vision — Involving Men in Reproductive Health”, *Evaluation Findings*, número 24 (julio de 1999): 5.

²³⁶ “Paternalism or Partnership: Patients Have Grown Up — and There’s No Going Back”, *British Medical Journal* 319 (1999): 719.

²³⁷ R. J. Cook (1995), p. 357.

²³⁸ FNUAP, “Implementing the Reproductive Health Vision”, p. 5.

a la violencia basada en género, los comportamientos de riesgo, y las oportunidades para la negociación del sexo más seguro. Como los hombres generalmente están excluidos de los servicios de salud reproductiva, éste es otro vacío que se debe llenar para mejorar el conocimiento de los hombres sobre la sexualidad, su papel en la salud y la mortalidad materna, y cómo poner en acción sus decisiones sobre la procreación. “De particular urgencia es la necesidad de mejorar la responsabilidad sexual, incluso el mayor uso de condones, entre hombres jóvenes. La actividad sexual muchas veces empieza a una edad temprana y antes del matrimonio. El tratamiento de las necesidades de los hombres jóvenes puede tener un impacto a largo plazo pues los actitudes y patrones de comportamiento para la vida entera muchas veces se forman durante la juventud.”²³⁹

²³⁹ B. Robey y M. Drennan, “Male Participation in Reproductive Health”.

Capítulo 3

Orientación de programas futuros

Este capítulo presenta la filosofía, propósito y resultados esperados de programas nuevos para crear una alianza efectiva con los hombres en la salud sexual y reproductiva (AHSSR) y sugiere algunos indicadores.

¿Cuáles son los beneficios que se podrían derivar de una alianza con hombres en la salud sexual y reproductiva? Se puede organizar/agrupar los beneficios en seis categorías: beneficios sociales, beneficios comunitarios, beneficios para parejas, beneficios para mujeres, beneficios para los hombres, y beneficios para las y los niños.²⁴⁰

Los beneficios sociales se refieren a: la reducción de la pandemia del VIH/SIDA reduciendo los riesgos de parejas masculinas de contraer el VIH; la reducción de la violencia basada en género y prácticas dañinas que afectan a las mujeres y a adolescentes que no tienen poder; la promoción de los derechos reproductivos, que son respetados cuando cada individuo tiene el poder de hacer decisiones informadas y seguras sobre la sexualidad y la reproducción; y la posibilidad de lograr relaciones equitativas entre los hombres y las mujeres.

Los beneficios comunitarios se refieren a: una reducción de embarazos de adolescentes; una reducción de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH; una reducción de abortos específicos de fetos femeninos y de incidencias como la mutilación de los genitales femeninos (MGF), y un reconocimiento mayor del valor de las niñas; un mejor entendimiento de y organización comunitaria sobre la salud materna y la sobrevivencia materna, la violencia doméstica, y las necesidades de los y las adolescentes de obtener información, educación y servicios; y un mayor entendimiento de cómo la modificación de los papeles de género podría beneficiar a todos y todas.

Los beneficios para parejas incluyen: la posibilidad de negociar conjuntamente el sexo más seguro; la toma de decisiones conjuntamente sobre la sexualidad, procreación y paternidad/maternidad; y relaciones sexuales que sean más íntimas y satisfactorias.

Los beneficios para las mujeres incluyen: un mayor sentido de empoderamiento y autoridad respecto a la salud y los derechos reproductivos; relaciones sexuales consensuales y más placenteras; una reducción de la responsabilidad por la anticoncepción, el embarazo, la crianza de los niños/as y quehaceres domésticos; y una reducción en los riesgos del VIH/SIDA/ITS y de la violencia doméstica.

Los beneficios para los hombres incluyen: un mayor sentido de comodidad con su propia identidad; un mayor entendimiento de sus derechos y obligaciones; un mayor reconocimiento de sus múltiples relaciones sexuales, incluyendo el sexo con hombres; el desarrollo de habilidades para negociar con, en vez de imponer sobre las mujeres decisiones relacionadas con la sexualidad, la anticoncepción, la procreación y la crianza de las y los niños; un aumento en el uso de anticonceptivos y en las tasas de diagnóstico y tratamiento del VIH/ITS, los cánceres, la infertilidad, las disfunciones sexuales y otros problemas psico-sexuales.

Por último, los beneficios para las y los niños incluyen: ofrecerles modelos positivos de padres a imitar, una mayor atención y crianza tanto de los padres como de las madres; y una reducción del abuso sexual y la violencia doméstica.

En una reunión en Asia patrocinada por el FNUAP, los y las promotores de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres describieron la participación masculina como “una aceptación activa de, y apoyo por, las necesidades, selecciones y derechos de sus parejas femeninas con respeto a la salud reproductiva. Además, se entiende que la participación masculina llevará a un mayor entendimiento de los comportamientos reproductivos y sexuales de los propios hombres. Debido a sus posiciones dominantes (de dirigentes políticos, guardabarreras de los medios de comunicación, líderes religiosos, gerentes, proveedores de servicios, líderes comunitarios y jefes de los hogares), los hombres podrían hacer mucho para asegurar el éxito de los programas de población y salud reproductiva. Su papel es importante para la promoción de la equidad de género, la educación de las niñas, el empoderamiento de las mujeres, y el compartimiento de los quehaceres domésticos y de la crianza de las y los niños. En sus propios hogares, los hombres pueden desempeñar un papel más

²⁴⁰ Adaptado de M. E. Greene, “The Benefits of Involving Men in Reproductive Health” (trabajo presentado a la Association for Women in Development y a USAID, noviembre de 1999).

activo compartiendo la toma de decisiones reproductivas con sus parejas, apoyando las selecciones de sus parejas, y utilizando la anticoncepción o practicando la abstinencia periódica”.²⁴¹

El desafío en la implementación de la perspectiva de género del mandato de El Cairo es concretizar estos principios generales en estrategias prácticas y operacionales, y lograr cambios comprobables en las políticas, programas, comunidades e individuos.

Cuatro marcos programáticos, abordamientos correspondientes y resultados esperados

Mientras el paradigma de programas de población sigue evolucionando hacia una perspectiva de género más fuerte, se han implementado varios enfoques para concretizar estas metas generales en acción. Actualmente hay cuatro marcos que guían la implementación de programas específicamente dirigidos a la participación de los hombres.²⁴² Estos marcos están ubicados en un continuo que va desde la falta de una perspectiva de género hasta la plena y absoluta perspectiva de género.

Primero, *el modelo de planificación familiar* convencional antecede al Cairo pero sigue inspirando a algunas estrategias, incluyendo la agenda de investigaciones. Segundo, *el modelo de hombres y planificación familiar* que estuvo de moda inmediatamente después del Cairo contempla a los hombres como “anticonceptores” y tomadores de decisiones relacionadas a la salud reproductiva. Tercero, *el modelo de igualdad de los hombres* está dirigido a hombres como clientes de salud reproductiva. Y por último, el modelo más reciente puede ser llamado *el marco de equidad de género en la salud sexual y reproductiva*, al cual integra una perspectiva de género que concuerda con el espíritu de la CIPD.

Más adelante se analiza cada uno de estos modelos, con sus propósitos, suposiciones y limitaciones, y con los enfoques de implementación de programas para hombres que corresponden a cada marco. Los enfoques que se extienden por estos programas han enfatizado las dimensiones siguientes: solidaridad, responsabilidad, mercadeo de salud, educación, y derechos humanos.²⁴³

²⁴¹ FNUAP y Organización para la Cooperación Económica-ECO, “The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes” (Baku, Azerbaijan, 21–24 de septiembre de 1998), *Conference Report*, junio de 1999, p. 48.

²⁴² M. E. Greene, “The Benefits of Involving Men in Reproductive Health”.

²⁴³ S. I. Cohen y D. D’Cruz Grote, “Communication and Gender: Some Reflections Based on Experiences from UNFPA, UNICEF and UNAIDS” (presentación al taller sobre la comunicación para el cambio de comportamiento y social de ONUSIDA, Ginebra, agosto de 2000).

El marco de planificación familiar pre-CIPD donde los hombres están prácticamente ausentes

Antes del Cairo, cuando el énfasis era reducir la fertilidad incrementando la prevalencia del uso de anticoncepción entre las mujeres, los hombres sencillamente eran vistos como problemáticos en los programas de planificación familiar, y también estaban ausentes de las investigaciones demográficas.²⁴⁴ Debido a la relación tradicional entre la fertilidad y la salud, el enfoque de estos programas fueron las mujeres porque ellas son las que experimentan el embarazo y el parto con sus cuerpos. Por lo tanto, los estudios de población investigaron a las mujeres como la unidad de análisis a pesar del hecho de que son las parejas las que reproducen.²⁴⁵ La prueba de esto se ve en los tipos de indicadores que analizan a las mujeres en unión que utilizan un método anticonceptivo sin referencia alguna o explícita a los hombres²⁴⁶.

Este *marco tradicional de la planificación familiar* se enfoca principalmente en la provisión de servicios de anticoncepción casi exclusivamente a las mujeres; ignora la referencia explícita al género en las prácticas de salud y supone que el uso de anticonceptivos por las mujeres retrasará el crecimiento de la población. La meta principal es demográfica, los medios son los anticonceptivos, y la población blanco es las mujeres. Se pueden encontrar algunos ejemplos de este modelo en Ross y Frankenberg.²⁴⁷ Dentro de este contexto, el comportamiento y las intenciones reproductivas de las parejas no son reconocidos, como deben ser, como un proceso de interacción y negociación entre los hombres y las mujeres. “Los hombres son identificados como facilitadores u obstáculos a las mujeres en la toma de decisiones reproductivas que generan un nivel de fertilidad. ... El hombre es representado como un tipo de colateral, y su participación en el proceso reproductivo se ve diluida”.²⁴⁸ Como los hombres son identificados como individuos que toman parte en la reproducción de manera secundaria, en los intentos para cuestionar sus papeles en la reproducción, los hombres también han sido tratados como secundarios en la recopilación de datos. Por lo tanto, tenemos un conocimiento limitado de la parte de los hombres en esta ecuación. El resultado ha sido alejar y separar a los hombres de la experiencia de reproducción por no evaluar, investigar o documentar su papel; como consecuencia indirecta, las metodologías demográficas han contribuido

²⁴⁴ M. Greene y A. Biddlecom, “Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles” (trabajo presentado al seminario del IUSSP/CENEP sobre los hombres, la formación de la familia y la reproducción, Buenos Aires, mayo de 1998).

²⁴⁵ J. G. Figueroa, “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process” (de próxima aparición en “Male Sexuality and Reproduction”, El Colegio de México, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y Sociedad Mexicana de Demografía).

²⁴⁶ Ibid.

²⁴⁷ J. A. Ross y E. Frankenberg, “Findings from Two Decades of Family Planning Research”, Population Council, New York, 1993.

²⁴⁸ J. G. Figueroa, “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process”.

mucho a la invalidación de su papel.²⁴⁹ Estas creencias pueden reforzar el prejuicio de proveedores contra los métodos masculinos. Está claro que se debe abandonar este modelo tan limitado y enfocado en la demografía.

El marco de hombres y la planificación familiar

El *marco de los hombres y la planificación familiar* es un modelo de transición entre los paradigmas pre- y post-Cairo. El motivo de la inclusión de los hombres todavía es esencialmente demográfico: trata de alentar a los hombres a que usen la anticoncepción o a que alienten a sus parejas femeninas a usarla para incrementar la prevalencia anticonceptiva general y para iniciar y sostener una reducción en la fertilidad.²⁵⁰ Este modelo tiene base en estudios del “papel decisivo que las familias y los linajes desempeñan en las decisiones demográficas. Este tipo de análisis podría tomar crédito para inspirar a las intervenciones programáticas a que se enfoquen en otros *grupos sociales* que influyen en las decisiones reproductivas —edad al matrimonio, uso de anticoncepción, distribución de embarazos, ritos de pasaje—no solo en los hombres y mujeres individuales”.²⁵¹ Esta perspectiva nos ha ayudado a reconocer a los hombres y las mujeres como actores en las decisiones sobre la fertilidad. Paralelamente, las encuestas han indicado que los hombres demuestran más apoyo a la planificación familiar de lo que se había pensado anteriormente. El modelo adopta una perspectiva más positivista sobre el potencial que tienen los hombres para cambiar,²⁵² y sobre los temas relacionados con el VIH/SIDA. Actualmente, los servicios anticonceptivos están dirigidos tanto a mujeres como a hombres, pero solamente como una consideración práctica en la búsqueda de otras metas del programa; esto se manifiesta en intentos para fomentar la comunicación de parejas sobre sus intenciones en la fertilidad, el embarazo no deseado y la anticoncepción. Algunos de los fallos prácticos de este enfoque incluyen la dificultad de integrar a los hombres en servicios que por tanto tiempo han servido exclusivamente a las mujeres.²⁵³ Al reconocer a los hombres como una ruta para llegar al bienestar de las mujeres, estos programas “instrumentalizan” a los hombres y no atienden a sus necesidades.²⁵⁴ Tal modelo ignora por completo la salud sexual, particularmente los motivos de los hombres para tener una sexualidad fuera del matrimonio y la negociación del sexo seguro para prevenir las ETS y el

²⁴⁹ W. Mbugua, correo electrónico de 20 de octubre de 2000.

²⁵⁰ M. Greene y A. Biddlecom, “Absent and Problematic Men”.

²⁵¹ W. Mbugua, correo electrónico de 20 de octubre de 2000, en el cual se refiere al trabajo de John C. Caldwell, *The Theory of Fertility Decline* (Australian National University Academic Press, 1982).

²⁵² Por ejemplo, véase al Z. A. Sathar y J. B. Casterline, “The Onset of Fertility Transition in Pakistan”, documento de trabajo núm. 112, Population Council, New York, 1998.

²⁵³ M. E. Greene, “The Benefits of Involving Men in Reproductive Health”.

²⁵⁴ FNUAP, “Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle”, *TSS Occasional Paper*, núm. 1, junio de 1998.

VIH/SIDA. El empoderamiento de las mujeres y los temas relacionados a la equidad de género siguen siendo ignorados por estos programas, y por lo tanto estos no reflejan adecuadamente la perspectiva de género acordada en El Cairo. De hecho, algunas personas creen que este marco contribuye a fortalecer los papeles tradicionales y no iguales de género porque cuentan con los hombres para convencer a las mujeres a que usen anticonceptivos. Este marco tiende a ser traducido en dos enfoques que enfatizan la responsabilidad y/o la solidaridad.

El enfoque basado en la solidaridad

Este enfoque contempla a los hombres como parejas que apoyan a las mujeres. La meta de este enfoque es incluir a los hombres como parejas compasivas e informadas. Los resultados esperados de este enfoque son: un aumento en la comunicación entre parejas sobre temas sexuales; la toma de decisiones en conjunto; el apoyo de los hombres por la atención pre- y postnatal; y la participación de los hombres en las responsabilidades domésticas, incluyendo la crianza de los/las hijos/as.

Las actividades implementadas en este tipo de programa incluyen: educar e informar a los hombres sobre la salud reproductiva y la sexualidad, incluyendo la importancia de atención pre- y post-natal; los riesgos, complicaciones y síntomas del embarazo y parto; y el papel que los hombres pueden desempeñar en las emergencias. La promoción de la participación masculina en iniciativas de maternidad segura requiere la educación, la consejería y la movilización comunitaria para permitir que los hombres sean parejas compasivas.

El enfoque basado en la responsabilidad

Este enfoque considera a los hombres como parejas sexuales que tienen varias obligaciones. La meta es cambiar las actitudes y los comportamientos de hombres y hombres jóvenes proveyéndolos con información y herramientas para facilitar su práctica del sexo seguro. Los resultados esperados incluyen un mejoramiento en la comunicación entre parejas y un aumento en el uso de condones, posiblemente para la protección doble para prevenir los embarazos no deseados y las ETS, incluyendo el VIH/SIDA. La reducción del número de parejas sexuales, la abstinencia, o el retraso en la iniciación de actividades sexuales pueden ser resultados esperados de programas para adolescentes. Este enfoque tiende a estar basado en una suposición negativa de la irresponsabilidad de los hombres, pero también reconoce que si los hombres no toman la responsabilidad total por su comportamiento sexual y reproductivo, no es necesariamente debido a su naturaleza irresponsable. Los hombres están actuando dentro de un conjunto de normas culturales que determinan las relaciones de género, los papeles y el comportamiento aceptado para cada género. Los aspectos de

programas que utilizan este enfoque incluyen: la comunicación entre parejas; la información sobre enfermedades infecciosas, sus síntomas y la prevención, y los métodos disponibles para protegerse de la infección o de contagiarse a otros/as; y la distribución de condones, incluyendo los condones femeninos, y cómo usarlos. El mercadeo social puede ser un componente de la entrega de servicios.

El marco de igualdad de los hombres

Otra interpretación del mandato del Cairo—y probablemente la más polémica—es el *marco de igualdad de los hombres*. Los programas que caben dentro de este marco dan por sentado que los hombres han sido descuidados y que se deben satisfacer sus necesidades de salud reproductiva como clientes que son. Quienes proponen esta perspectiva²⁵⁵ interpretan al mandato del Cairo como un tipo de enfoque remedio para satisfacer las necesidades insatisfechas de los hombres. Aunque sea válido el argumento que los hombres tienen una amplia gama de necesidades de salud sexual y reproductiva, tal proposición ignora el hecho que las mujeres sufren mucho más la mortalidad y morbilidad reproductiva que los hombres. Cuando se mencionaba la equidad de género, el Programa de Acción de la CIPD se enfocaba principalmente en la subordinación de las mujeres y su estatus bajo. Este enfoque oculta el hecho de que la planificación familiar nunca fue ofrecida sencillamente como un bien para el beneficio de las mujeres, sino para el beneficio de la sociedad e intereses nacionales.²⁵⁶ Estos supuestos programas de equidad masculina no hacen ningún esfuerzo por integrar los servicios existentes para las mujeres con los proveídos a los hombres, ni tratan de crear alianzas entre los hombres y las mujeres. Tienden a contratar a proveedores masculinos para atender a los hombres, establecen clínicas exclusivamente para los hombres, y proveen servicios adicionales y por lo tanto provocan preocupaciones sobre la desviación de recursos escasos para la salud de las mujeres. Sin embargo, estos servicios logran aportar una perspectiva más integral de la salud sexual; llaman más la atención a la sexualidad masculina y ayudan a los hombres a reconocer los beneficios del cambio. Este marco se manifiesta en programas que adoptan el enfoque del “mercadeo de salud”.

El enfoque del mercadeo de la salud, o la satisfacción de las necesidades reproductivas de los hombres

²⁵⁵ C. Laudari, “Gender Equity in Reproductive and Sexual Health” (trabajo presentado al taller temático del FNUAP sobre la participación masculina en programas y servicios de salud reproductiva, Roma, noviembre de 1998); T. H. Hull, “Men and Family Planning: How Attractive Is the Programme of Action?” (trabajo presentado en el Psychosocial Meeting, New York, marzo de 1999).

²⁵⁶ Esta situación fue bien articulada por M. E. Greene en “The Benefits of Involving Men in Reproductive Health”.

El enfoque del mercadeo considera a los hombres como clientes. Combina los servicios clínicos con la distribución comunitaria y programas educativos en el lugar de trabajo. Esta estrategia les ofrece a los hombres la anticoncepción médica, la atención médica, y apoyo psico-social. Al estimular el auto-interés de los hombres, estas actividades esperan atraer a más hombres a los servicios de salud reproductiva. Históricamente, este enfoque no ha incorporado una perspectiva de género. Sin embargo, mientras no perjudica los programas existentes para las mujeres, estos esfuerzos deben al mismo tiempo contribuir a la salud reproductiva de las mujeres, los hombres y los y las jóvenes.²⁵⁷

El marco de equidad de género en la salud reproductiva

El *marco de equidad* se enfoca en las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres como las parejas iguales de las mujeres (y/o de otros hombres). Reconoce que la falta de equidad de género no sólo influye en el comportamiento de fertilidad, sino también en la salud y los derechos sexuales y reproductivos en general; reconoce también que sólo se puede enfrentar la falta de equidad con la plena participación y cooperación de los hombres porque son ellos los que tienen más poder y limitan las selecciones de las mujeres. Estos programas promueven la equidad de género y la salud reproductiva de mujeres y hombres a través de la participación significativa de los hombres.²⁵⁸ “Hombres como compañeros”, el nombre que usa AVSC International para sus programas que incluyen a los hombres, es probablemente la frase que mejor capta el intento de la CIPD.

Así como *el marco de hombres y la planificación familiar*, este marco enfatiza las alianzas en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva, y el apoyo mutuo entre parejas para protegerse uno al otro de infecciones y embarazos no deseados, y cuidar la salud reproductiva de sus parejas y familias. Sin embargo, este marco va más allá de la medición de la fertilidad y la provisión de servicios médicos. Establece un vínculo entre la reproducción y la sexualidad, y considera la sexualidad como una expresión del género y de relaciones de poder entre los hombres y las mujeres; cuestiona la identidad de género, las prácticas sexuales y la violencia, y explora las posibilidades de acceso a una vida reproductiva y sexual satisfactoria desde el punto de vista individual y social. “También considera a los hombres como algo más que personas que sencillamente participan apoyando o limitando el comportamiento de las mujeres con quienes se

²⁵⁷ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”, informe para el Ministerio Roayl de Asuntos Exteriores, Oslo, Noruega, 21 de febrero del 1999.

²⁵⁸ M. E. Greene, “The Politics and Practice of Involving Men in Reproductive Health”, Center for Health and Gender Equity, Takoma Park, Maryland, 1999, p. 8.

reproducen”.²⁵⁹ El desarrollo de la conciencia de las relaciones de género y del desequilibrio de poder en la sexualidad abre la posibilidad de considerar alternativas de comportamiento y actitudes para los hombres y sus parejas. El entendimiento de los problemas de los hombres y los mecanismos que ellos usan para hacer frente a los problemas, la concientización de estos temas en modelos de identidad masculinos que sirven mejor a la igualdad, y el descubrimiento de los beneficios psico-sociales del cambio de los papeles masculinos que perpetúan la alienación de las mujeres aparecen como los pasos claves para transformar las relaciones de género. Algunos obstáculos incluyen el convencimiento a los hombres que la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres los beneficiará.

Hay dos enfoques que corresponden a este marco: el enfoque basado en la educación y el enfoque basado en los derechos humanos.

El enfoque basado en la educación

Este enfoque llega a los hombres temprano en sus vidas. Integra una perspectiva de género en la educación sobre la vida familiar, la educación de pares y la educación sexual. La meta es sensibilizar a los adolescentes y muchachos masculinos sobre la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, las desigualdades de género, los estereotipos y la implicación de papeles de género tradicionales. El resultado esperado es producir graduados que tengan conocimientos sobre la desigualdades de género, que estén dispuestos a resistir la presión de sus pares y a buscar ayuda, y que estén comprometidos con y que sean compasivos a papeles y comportamientos nuevos que empoderan a las mujeres y les permiten lograr relaciones satisfactorias.

El enfoque basado en los derechos humanos

Esta es una estrategia macro-social que promueve la cero tolerancia de la violencia basada en género como una violación de los derechos humanos y de prácticas dañinas, incluyendo la MGF, el matrimonio temprano, la poligamia y las preferencias por hijos masculinos. Exige sistemas legales que protejan los derechos reproductivos, la igualdad de género y los derechos de las y los niños. El enfoque basado en los derechos humanos también llama la atención a los derechos de la mujer y no presiona a los hombres a que conformen a normas estereotípicas de género, aunque algunas personas dicen que tal enfoque de reducción de riesgos o de daño tiende a definir a los hombres como la raíz del problema.²⁶⁰ El derecho a la buena salud sexual y reproductiva significa que los

²⁵⁹ J. G. P. Figueroa, “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process”.

²⁶⁰ W. Mbugua, correo electrónico de 20 de octubre de 2000.

servicios deben ser diseñados para satisfacer las necesidades tanto de los hombres como de las mujeres, y que los hombres deben tener acceso a información, conocimiento y entendimiento sobre sí mismos y sobre sus parejas.²⁶¹

Resultados esperados de alianzas con los hombres (AHSSR) y los indicadores

La gerencia de programas basada en los resultados pone un valor alto en la eficiencia, la responsabilidad y el impacto, y requiere que las organizaciones midan los efectos de su trabajo. Se les está pidiendo a las organizaciones que evalúen los resultados de sus actividades mediante los *indicadores de resultados*, y que cuantifiquen las actividades con *indicadores de proceso*. Los indicadores desempeñan un papel importante en todas las fases de un programa, desde el diseño e implementación hasta el monitoreo y la evaluación. Las metas de contar con indicadores de AHSSR desde una perspectiva de género son crear un conjunto de herramientas para el movimiento de la salud de las mujeres, los y las usuarios de servicios y los propios servicios de salud. Esto implica seleccionar los variables identificados por las investigaciones que mejor iluminarían los cambios que se deben hacer. Está claro que hay muchos indicadores posibles que usan una perspectiva de género y que estos pueden ser adaptados a las necesidades específicas de cada evaluación. El proceso de la selección de indicadores ayuda a establecer un consenso sobre los cambios que se deben hacer y sobre los indicadores necesarios para evaluarlos.²⁶²

La expansión de servicios de salud sexual y reproductiva hasta la inclusión de un cambio de las normas y comportamientos sociales que rigen las relaciones de género está impulsando la necesidad de desarrollar nuevos resultados e indicadores correspondientes para programas de AHSSR. La adopción de una perspectiva de género en la programación para la salud sexual y reproductiva requiere la redefinición de los resultados. Estos resultados son informados por suposiciones subyacentes, como las mencionadas arriba, y por las teorías de cambio social.

El Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Beijing, junto al compromiso renovado para sus respectivos procesos de seguimiento, exigen la participación de los hombres en programas de población, desarrollo y salud sexual y reproductiva para lograr los resultados siguientes:

²⁶¹ FNUAP y Organización para la Cooperación Económica -ECO, “The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes” (Baku, Azerbaijan, 21–24 September 1998), *Conference Report*, junio de 1999, p. 48.

²⁶² M. I. Matalama, “Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services”, *Reproductive Health Matters* 6, núm. 11 (mayo de 1998): 19.

1. Rectificar los desequilibrios actuales vinculados a la patriarca y la incomodidad de los hombres con su propia identidad que limitan el logro de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a través de la violencia hacia las mujeres y las muchachas;
2. Promover la igualdad de género y en las relaciones sexuales a través de alianzas en acciones indirectamente relacionadas a la reproducción (por ejemplo, la paternidad y la seguridad sexual);
3. Promover la igualdad de género y en relaciones sexuales a través de alianzas en acciones directamente relacionadas a la reproducción y la sexualidad;
4. Mejorar la salud reproductiva masculina y femenina; y
5. Promover el comportamiento reproductivo y sexual seguro entre los hombres, incluyendo a los hombres jóvenes.

Resulta interesante observar que al evaluar los enfoques de género posiblemente hemos tenido más éxito identificando los problemas de desigualdad de género que concretizando estos enfoques en resultados de comportamiento positivo dirigidos directamente a resolver estos problemas. ¿Qué significa ser un hombre equitativo a género? La definición de guía de Barker, la cual aplicó a los hombres jóvenes, merita la reflexión: “Los hombres jóvenes equitativos son respetuosos en sus relaciones con mujeres y buscan relaciones basadas en la igualdad con la pareja. Apoyan la idea de que las mujeres tienen tanto deseo sexual y derecho a un papel sexual como los hombres, y buscan y forman relaciones íntimas que van más allá de las relaciones físicas y las conquistas sexuales.”²⁶³

Con el mismo espíritu, el siguiente cuadro propone un conjunto de resultados de comportamiento.

²⁶³ G. Barker, “Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men”, notas de las investigaciones para la tesis, julio de 2000.

Resultados de comportamiento esperados de programas de salud sexual y reproductiva y derechos basados en la equidad de género, con un enfoque sobre los hombres²⁶⁴

- La promoción de la igualdad de género en políticas laborales, la salud y la educación: promover la licencia de paternidad; la oposición a prácticas dañinas, tales como la MGF, las preferencias por hijos masculinos, el matrimonio temprano, los “adinerados amantes de una joven”, y poligamia; apoyo por la educación y capacitación de muchachas y mujeres; promover el acceso de las mujeres a los derechos sexuales y reproductivos; la movilización en contra de la violencia basada en género; proveer servicios de salud reproductiva sensibles al género; y exigen de que las habilidades de planear la vida y la educación sexual sean enseñadas en las escuelas.
- El renuncio por los mismos hombres de la violencia basada en género y su oposición a esta violencia por otros,²⁶⁵ y la promoción de conceptos no agresivos de la sexualidad masculina y de la masculinidad;
- La práctica de paternidad responsable: apoyo a las parejas en la crianza de los y las hijos/as y en los quehaceres domésticos; la protección de la salud de sus hijos/as y la inversión en su futuro; enseñar a los hijos varones a respetar las necesidades y perspectivas de muchachas y mujeres; el desarrollo de relaciones abiertas y compasivas con sus hijas; la provisión de información precisa y sensible y de modelos a imitar positivos a sus hijos/as.
- La protección de la salud de la pareja y el apoyo para sus decisiones: la adopción de comportamiento sexual responsable; la comunicación sobre asuntos de salud sexual y reproductiva y el trabajo conjunto para resolver problemas; la consideración de adoptar métodos masculinos de anticoncepción (incluyendo la vasectomía y condones); y el arreglo de transporte para llegar a servicios de salud reproductiva y el pago de los costos de tales servicios.
- Darle frente a sus propios riesgos de salud reproductiva: el aprendizaje de y actuación sobre cómo prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual, la impotencia, el cáncer de próstata, la infertilidad, la disfunción sexual, y las tendencias violentas o abusivas; el uso consistente de condones; el uso de atención de salud y apoyo psico-social.

²⁶⁴ Adaptado de , FNUAP, “Vivir juntos, en mundos separados: hombres y mujeres en tiempos de cambio”, en *El Estado de la Población Mundial*, 2000, p.36.

²⁶⁵ Una recomendación en *Memorias del Simposio Sobre Participación Masculina en La Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas* (informe de una reunión en Oaxaca, México, octubre de 1998), AVSC International, New York, 1999.

Los indicadores de resultados específicos están identificados aquí en el mismo orden. La gama de indicadores incluye tanto a indicadores cuantitativos como los cualitativos, aunque muchas veces los indicadores cualitativos son menos apreciados por servicios de salud.²⁶⁶ Los indicadores deben ser priorizados y ordenados según el nivel de la intervención, ya sea social, institucional o individual.

1. En contextos altamente determinados, quizás sea necesario adoptar **un enfoque remedio para corregir los desequilibrios actuales que están vinculados al patriarca y la incomodidad de los hombres con su identidad de género y que impiden que las mujeres alcancen los derechos sexuales y reproductivos.**

Los **indicadores** de los resultados correspondientes incluyen:²⁶⁷

- cambios en la manera en que la policía, las cortes y los hospitales atienden a víctimas de violencia, incluyendo las complicaciones de abortos inseguros;
- cambios en las políticas y en la aplicación de leyes contra la violencia doméstica;
- cobertura por los medios masivos de comunicación que condene la violencia contra las mujeres;
- cambios en las tasas o la incidencia de violencia;
- cambios en la conciencia de la comunidad sobre la existencia de tal violencia;
- cambios en las actitudes de los hombres sobre las prácticas dañinas, tales como la MGF de sus propias hijas, nietas y mujeres futuras, las preferencias por hijos varones, la poligamia y los matrimonios forzados.

Estos resultados requieren la movilización de actividades contra la violencia perpetrada contra las mujeres, incluyendo el abuso sexual doméstico; trabajo con los cuerpos judiciales, la policía y servicios de salud para identificar a víctimas; trabajo con agresores; y el enfrentamiento de las causas fundamentales de la violencia, como la pobreza.

2. **La promoción de la igualdad de género en las relaciones sexuales mediante alianzas en acciones relacionadas indirectamente a la reproducción requiere una mayor**

²⁶⁶ M. I. Matalama, “Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services”, p. 18.

²⁶⁷ N. Yinger y E. Murphy, “Illustrative Indicators for Programming in Men and Reproductive Health” (borrador presentado en la reunión plenaria del IGWG, 6 de octubre de 1999).

conciencia por parte de los donantes y apoyo para iniciativas de AHSRR , una mayor disponibilidad de recursos y materiales a nivel regional, y la creación de conocimientos más sofisticados sobre los hombres y la maternidad segura.

Los **indicadores** posibles incluyen:²⁶⁸

- cambios en el lenguaje y la implementación de legislación y políticas de donantes y gobiernos, particularmente las relacionadas a las normas masculinas que afectan la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, véase las leyes sobre derechos sexuales y reproductivos de Suecia);
- cambios en las actitudes y conocimientos de donantes y personas encargadas de formular políticas nacionales sobre las normas masculinas de género y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La base de conocimientos sobre la identidad masculina y el género masculino requiere la medición de:

- cambios en el conocimiento de los hombres sobre los mecanismos que usan para enfrentar problemas, y su búsqueda de apoyo psico-social;
- cambios en las actitudes de los hombres sobre papeles de género, y en su reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos humanos;
- el compartimiento más equitativo de quehaceres domésticos y de crianza de las y los hijos; y
- cambios en el conocimiento y actitudes de adolescentes masculinos sobre los papeles de género.

A nivel nacional, esto incluye intervenciones legales y políticas que alientan a los padres a que desempeñen un papel más importante en los aspectos críticos de la maternidad segura y la crianza de las y los hijos. Las categorías de programación incluyen la movilización social y comunitaria para cambiar las normas, la educación sobre la equidad de género, y la comunicación para apoyar el cambio de comportamiento (promoción en los medios masivos y en la política).

3. **En la promoción de la igualdad en relaciones sexuales y de género a través de alianzas en acciones relacionadas directamente a la reproducción y la sexualidad, los indicadores correspondientes podrían incluir:**²⁶⁹

²⁶⁸ Ibid.

- hasta qué punto las relaciones sexuales son deseadas, en vez de forzadas, por las dos personas en la pareja;
- hasta qué punto las dos personas en la pareja pueden negociar la seguridad sexual;
- hasta qué punto el embarazo es deseado, en vez de no deseado, por las dos personas en la pareja;
- si el uso de anticoncepción es negociado, impuesto o unilateral;
- hasta qué punto se negocian los productos de un embarazo, incluyendo sus complicaciones (véase a Figueroa para una discusión de una agenda nueva para investigación).

Indicadores de comportamiento equitativo de hombres jóvenes en términos de género

Barker²⁷⁰ ofreció indicadores adicionales para operacionalizar su definición de guía de hombres jóvenes equitativos en términos de género:

1. Los hombres jóvenes que son equitativos en términos de género cuestionan el estándar doble prevalente que “permite” o espera que los hombres tengan parejas sexuales ocasionales o fuera del matrimonio además de sus novias, esposas o parejas, mientras se espera que las mujeres sean fieles a sus novios, esposos o parejas.
2. Buscan ser padres activos. “Activos” significa que ellos creen que deben tomar responsabilidad económica y responsabilidad por la crianza de sus hijos/as. Demuestran este activismo proveyendo por lo menos parte del cuidado de los hijos/as, mostrando su interés en dar apoyo económico a sus hijos/as, y/o tomando un papel activo en cuidar la salud de sus hijos/as.
3. Asumen parte de la responsabilidad para asuntos de salud reproductiva. Esto puede incluir tomar la iniciativa de discutir temas relacionados con la salud reproductiva con su pareja, usar condones, y ayudar a la pareja a conseguir o utilizar un método anticonceptivo o a conseguir un aborto inducido.
4. No quieren usar la violencia contra las mujeres en sus relaciones íntimas, y están opuestos a la violencia contra las mujeres. Esto puede incluir a hombres jóvenes que reportan haber sido violentos contra un pareja femenina en el pasado pero que actualmente creen que la violencia contra las mujeres no es un comportamiento aceptable para los hombres—no es “justo”—y que no toleran este comportamiento en otros hombres.

Los **indicadores** adicionales siguientes han sido adaptados de Yinger y Murphy:²⁷¹

- cambios en las actitudes de proveedores sobre el papel de los hombres en el apoyo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres;

²⁶⁹ J. G. Figueroa, “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process”.

²⁷⁰ G. Barker, “Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men”.

²⁷¹ N. Yinger and E. Murphy, “Illustrative Indicators for Programming in Men and Reproductive Health”.

- cambios en las clínicas de salud para facilitar que los hombres asistan al parto y participen en las complicaciones;
- cambios en las actitudes de proveedores y hombres hacia el aborto, y apoyo para las mujeres;
- cambios en el conocimiento de los hombres sobre las señales de peligro en el embarazo, y su acción durante el embarazo, parto, y atención a complicaciones post-parto o post-aborto.

También se deben considerar otros **indicadores**, como los siguientes:

- hasta qué punto las políticas y la legislación apoyan el poder de individuos para negociar el sexo más seguro en contextos de alto riesgo (por ejemplo, el uso obligatorio de condones en los prostíbulos, acceso a condones en los campamentos de refugiados);
- la aceptación de la sociedad de la sexualidad de adolescentes;
- la conciencia entre los hombres de la vulnerabilidad mayor de las mujeres a las ETS y el VIH/SIDA; y
- la aceptación de los hombres del derecho de las mujeres a una vida sexual placentera y segura.

Está disponible una gama amplia de iniciativas programáticas en esta área. Estas incluyen la capacitación de proveedores para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a parejas, incluyendo atención y consejería post-aborto; la comunicación para el cambio de comportamiento, incluyendo la movilización comunitaria sobre los peligros del embarazo y parto y cómo enfrentarlos; consejería de pares a jóvenes para padres futuros y parejas sexualmente activas; y comunicación para el cambio del comportamiento en la toma de decisiones compartida sobre la sexualidad y la procreación.

4. **Mejorar la salud reproductiva de hombres y mujeres.**

Los **indicadores** de resultados incluyen (adaptados de Yinger y Murphy).²⁷²

- cambios en las actitudes y habilidades de proveedores al ofrecer servicios de calidad a hombres y parejas;
- cambios en el conocimiento, aceptación y uso de servicios de salud reproductiva por los hombres;
- cambios en el conocimiento de los hombres y mujeres sobre sus cuerpos, la disfunción sexual y reproductiva masculina y sus síntomas, y dónde obtener servicios;
- la promoción y provisión de servicios de protección doble; la prevalencia del uso de métodos masculinos de planificación familiar y de sexo más seguro.

La programación en esta área incluye la evaluación comunitaria participativa sobre las necesidades insatisfechas de salud reproductiva de los hombres, desde las perspectivas de hombres, parejas, mujeres y adolescentes; la educación sobre la salud reproductiva y servicios en clínicas, programas en los lugares de trabajo y medios de mercadeo social, incluyendo la distribución comunitaria; la promoción de la salud reproductiva a través de campañas en los medios masivos de comunicación; la capacitación de proveedores y cambios de comportamiento; y servicios de salud reproductiva especiales para los hombres.

5. **La promoción de comportamiento reproductivo y sexual seguro y sano entre hombres, incluyendo hombres jóvenes** puede ser medida con **indicadores** como:

- cambios en los servicios de salud reproductiva que integran la salud materna-infantil y la planificación familiar con la prevención de infecciones del tracto reproductivo y con ETS/VIH/SIDA, la consejería, el tratamiento y la atención voluntario;
- cambios en las intenciones de los hombres para reducir el daño y proteger sus propios cuerpos y los cuerpos de sus parejas;
- uso del condón por parte de las dos personas en la pareja;
- aceptación de la comunidad de la educación sexual para adolescentes;
- cambios en programas escolares para ofrecer educación y consejería sobre el sexo más seguro;
- cambios en las prácticas sexuales de los y las adolescentes, incluyendo el retraso de la primera experiencia sexual, la edad al matrimonio y el primer embarazo, y la práctica del sexo más seguro.

Hay varias intervenciones programáticas que acompañarían estos cambios, incluyendo investigaciones sobre las redes sexuales de los hombres, los motivos y circunstancias sociales de los hombres que subyacen los comportamientos de riesgo; la comunicación para el cambio de comportamiento para incrementar el sentido de los hombres de su propia eficacia en mantenerse seguros sexualmente; la capacidad de parejas individuales para negociar el sexo más seguro; la adolescencia y la educación sexual en varios ambientes, incluyendo la educación para padres y madres y la movilización comunitaria.

²⁷² Ibid.

Capítulo 4

Consideraciones programáticas

Al enfrentar los papeles de género en la salud sexual y reproductiva, surge el tema de intereses incompatibles. El derecho de la mujer a decidir si tener hijos/as, cuándo tenerlos y cuántos tener es una de las bases del movimiento de las mujeres y es un derecho que podría ser amenazado si se les incluye a los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva. En muchos países, los hombres son los tomadores de decisiones y todavía controlan la reproducción y sexualidad de las mujeres. La participación de los hombres en programas de población al principio puede parecer un paso atrás en vez de adelante, particularmente si los programas no bien enfocados transfieren el “locus de control de las mujeres a los hombres”.²⁷³ Los programas de participación masculina existentes tienden a compartir los aspectos posiblemente problemáticos: primero, los componentes relacionados a los hombres por lo general están limitados a la provisión de métodos masculinos de planificación familiar, que es solamente una parte de la salud reproductiva. En segundo lugar, tienden a ser dirigidos exclusivamente a los hombres, de manera parecida a la de los programas anteriores que estaban dirigidos exclusivamente a las mujeres, sin tomar en cuenta las relaciones de género. Un enfoque exclusivo en los hombres es tan inadecuado como un enfoque exclusivo en las mujeres porque no toma en cuenta la manera en que se toman decisiones ni el contexto que influye en estas decisiones. En tercer lugar, estos programas tienden a estar basados en una premisa negativa—la irresponsabilidad de los hombres—en vez de en una premisa positiva que promueve los derechos de los hombres. Finalmente, al considerar a los hombres como una vía para llegar al bienestar de las mujeres, estos programas no satisfacen a las necesidades de los hombres.²⁷⁴

Para evitar el cambio del sitio de control, los programas deben ser dirigidos a incorporar no sólo una *mayor* participación de los hombres, sino también la participación *adecuada* de los hombres. Por lo tanto, los programas deben estar basados en el conocimiento de las dinámicas de género, cómo se hacen e implementan las decisiones, las necesidades cambiantes de ambos géneros y la interacción de los mismos. Este capítulo repasa varios principios programáticos que podrían guiar la participación *apropiada* de los hombres, en vez de la participación *mayor* de los hombres, en las áreas de ética, asignación de recursos, y enfoques de planeación estratégica para poder identificar las prioridades.

²⁷³ C. Laudari, “Gender Equity in Reproductive and Sexual Health” (trabajo presentado en el taller temático TSS del FNUAP sobre la Participación Masculina en Programas y Servicios de Salud Reproductiva, Roma, noviembre de 1998).

El enfrentamiento a los temas éticos

Una organización que quiere enfrentar los temas relacionados con el género tiene que empezar por evaluarse a sí misma en términos del género; debe evaluar el impacto que tiene basado en sus propias relaciones de género. Esta tarea no es una medida instrumental, sino una exigencia ética,²⁷⁵ y se aplica también a las organizaciones de salud. De hecho, el logro de la creación de alianzas efectivas con los hombres plantea desafíos éticos para proveedores/as, tanto en relaciones internas como en las relaciones con los y las clientes. Específicamente, la provisión de servicios para hombres y/o la inclusión de maridos en la atención de salud para sus esposas plantean varias problemáticas éticas, como las siguientes:²⁷⁶

- La meta de proveer servicios de salud sexual y reproductiva a los hombres está dirigida a beneficiar tanto a los hombres como a las mujeres. Por lo tanto, se debe integrar el monitoreo comprensivo en los programas para asegurar que una mayor atención a las necesidades de clientes masculinos no perjudique las necesidades de clientes femeninas.²⁷⁷ Dado los desequilibrios de poder entre los géneros y el hecho de que las mujeres son las que se mueren durante el parto, el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género siguen siendo elementos críticos de los programas de salud reproductiva. Es crítico asegurar que las mujeres mantengan los logros que han alcanzado en los derechos sexuales y reproductivos que les permiten tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva de manera libre y sin coerción.
- Los servicios para los hombres no deben disminuir o socavar la calidad de servicios de salud reproductiva para las mujeres. Por ejemplo, la provisión de información a los maridos no debe convertirse en un sustituto para dar consejería a las mujeres. La provisión de servicios a los hombres no debe afectar la calidad de servicios que reciben las mujeres, por ejemplo haciendo que los y las proveedores sean menos accesibles para proveer servicios a

²⁷⁴ “Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle”, *Technical Support Services Occasional Paper*, núm.1, FNUAP, junio de 1998, pp. 6–11.

²⁷⁵ B. Egero, “Considerations on Male Involvement” (presentación al Panel Asesor sobre Género del FNUAP, New York, 23–25 de marzo de 2000), p. 7.

²⁷⁶ “Seminar on Male Involvement in Reproductive Health: Summary of Findings from Operations Research”, *Frontiers* (Population Council, Alejandría, Egipto, 4–5 de mayo de 1998).

²⁷⁷ AVSC International, *Introduction to Men’s Reproductive Health Services*, 2000, p. 1.3.

las mujeres, o haciendo sentirse incómodas a las mujeres que acuden a estos servicios clínicos debido a la presencia de hombres.

- Los y las proveedores deben ser sensibles a las necesidades de las mujeres, y deben continuar respetando su confidencialidad. Se les debe preguntar a las mujeres si quieren incluir a sus maridos en el cuidado de su salud para no perjudicar la autonomía de la mujer. Según la preferencia de algunas mujeres y proveedores/as, la sala de parto sigue estando fuera de los límites para la mayoría de los hombres. Un estudio en Kenia encontró que las mujeres preferían que las salas de parto siguieran siendo territorio de las mujeres. Esto se debe posiblemente a la congestión y la falta de privacidad.²⁷⁸ Es posible que se necesite hacer cambios en la organización de servicios mientras los hombres y las mujeres fortalecen una alianza reproductiva y las necesidades cambian.
- La inclusión de los maridos podría resultar perjudicial para la autonomía de las mujeres y reforzar el control que tienen los hombres sobre las mujeres. En países de África subsahariana, entre el 7 y 20 por ciento de las mujeres utiliza anticonceptivos sin que lo sepan sus maridos.²⁷⁹ La inclusión de los hombres podría crear un riesgo para algunas pacientes que terminen un embarazo sin que sus maridos lo sepan. La capacitación debería ayudar a los y las proveedores/as a resolver los dilemas éticos, por ejemplo, a saber con quién tomar partido en casos de desacuerdos entre esposos sobre un asunto específico. Los y las proveedores/as también necesitan capacitación para poder enfrentar asuntos éticos difíciles como el consentimiento, la confidencialidad y los derechos de padres y madres.
- Los servicios para jóvenes deben ser proveídos de una manera que sea culturalmente sensible para minimizar las reacciones negativas de padres, madres y otros partícipes. Se debe hacer todo lo posible para proteger la confidencialidad y privacidad de los y las jóvenes que busquen servicios.

La asignación de recursos y los costos de programas para hombres: ¿Desvían recursos de los programas para mujeres?

²⁷⁸ Population Council, “Integrating Men into the Reproductive Health Equation: Acceptability and Feasibility in Kenya”, The Robert H. Ebert Program on Critical Issues in Reproductive Health, 2000, pp. 10–11.

²⁷⁹ M. E. Greene y A. Biddlecom, “Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles”, *Population and Development Review* 26, núm. 1 (marzo de 2000): 95.

Aunque hay una aceptación creciente de los papeles importantes que los hombres pueden desempeñar en lograr los objetivos de la CIPD, cinco años después de la conferencia en El Cairo aparecieron tensiones en la implementación del Programa de Acción. Existe una sincera preocupación entre algunos/as promotores/as de la salud de las mujeres que la inclusión de los hombres desviaría recursos ya considerados insuficientes para lograr los objetivos de salud para las mujeres, redirigiéndolos a programas de salud para hombres. Se preocupan aún más que podría contribuir a que los hombres de nuevo ganen el control sobre las vidas reproductivas y sexuales de las mujeres. Otros/as plantean que cuando los servicios sean creados a base de un conocimiento de las relaciones de género subyacentes, beneficiarán tanto a las mujeres como a los hombres, y por lo tanto los servicios para hombres no son necesariamente caros, ni compiten por los escasos recursos disponibles para servicios para mujeres.²⁸⁰

No se sabe cuáles son los costos verdaderos de la provisión de servicios de salud a las mujeres y a los hombres. El énfasis en servicios simultáneos contruidos a base de estructuras, capacidades y habilidades ya establecidas se basa en la reducción del costo de proveer servicios separados para hombres y mujeres. Un estudio llevado a cabo en 1997 para la agencia USAID concluyó que para lograr un progreso significativo en la participación masculina se requieren fondos adicionales para cubrir los gastos de investigación, las estrategias de alcance e las intervenciones para llegar a hombres y adolescentes rurales. La salud reproductiva de los hombres requiere servicios que no existen en los programas actuales. Es necesario capacitar al personal y enfrentar temas tales como el predominio del hombre, los papeles de género, las normas sexuales, el matrimonio y las relaciones familiares, todos los cuales tienen un impacto profundo en la salud reproductiva.

AVSC International [EngenderHealth] desarrolló una lista de actividades que los servicios de salud pueden iniciar para los hombres, y las ha organizado según el costo. Las estimaciones de costos varían dependiendo del país y del contexto, pero dan una idea de los tipos de servicios que se podrían proveer a un costo mínimo.²⁸¹ Por ejemplo, permitir que los hombres participen en sesiones de consejería sobre la planificación familiar con sus parejas, con el consentimiento de la pareja, puede ser integrado dentro de los servicios existentes de consejería a poco costo o sin costo adicional. Sin embargo, la provisión de servicios de consejería específicamente para los hombres requiere gastos para la capacitación de consejeros/as, la adaptación del servicio, la creación de un

²⁸⁰ FNUAP, “Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle”, pp 6–11.

²⁸¹ AVSC International, *Introduction to Men’s Reproductive Health Services*, pp. 6.6, 6.7.

espacio para asegurar la privacidad y confidencialidad de los hombres, y la promoción. Los costos de la integración de servicios de detección dentro de los servicios existentes varían de medio a alto porque esto requiere la capacitación del personal en la sexualidad masculina, el trabajo con hombres, la realización de exámenes médicos para hombres, la creación de un espacio privado para atender a los hombres, y posiblemente la contratación de más personal de primer contacto para ayudar a que los clientes masculinos se sientan más cómodos cuando llegan a la clínica. Otros costos que se deben considerar incluyen el diseño o ajuste de la clínica para que sea acogedora a los hombres, la promoción para informar a los hombres sobre los servicios, y campañas de mercadeo social para motivar a los hombres a que acudan a los servicios.²⁸² Por último, la integración o el comienzo de servicios clínicos para hombres es muy costoso porque requiere la contratación de proveedores/as especialmente capacitados/as; la capacitación de personal existente; la oferta de pruebas y tratamiento de ETS, incluyendo la prueba de y consejería sobre el VIH; y la provisión de tratamiento para la impotencia, la disfunción eréctil, la infertilidad y la vasectomía. Los costos de promoción y adaptación de los servicios listados bajo “detección” también se aplican a esta parte.

El estudio de USAID también descubrió que las ONG han sido creativas en encontrar maneras de apoyar programas para los hombres.²⁸³ En algunos casos (por ejemplo en el de Profamilia, Colombia), las ganancias de los programas de salud reproductiva para hombres se han utilizado para subsidiar los servicios para mujeres. Recientemente, las asociaciones de planificación familiar en América Latina han empezado a vender sus programas de información, educación y comunicación (IEC) al sector público. En Colombia, por ejemplo, como consecuencia de la reforma del sector salud, el gobierno contrató a Profamilia para proveer servicios de salud al público. Bemfam, la asociación de planificación familiar en Brasil, también tiene contratos con las municipalidades locales y provee servicios de salud y capacitación para proveedores/as de salud municipales. Las asociaciones están mercadeando sus servicios en maneras creativas que ofrecen opciones a los y las compradores/as. La venta de currículos o el mercadeo de servicios de información y educación a grandes empleadores es otra manera de financiar servicios de salud para hombres. Por ejemplo, un/a empleador/a puede comprar el currículo y usar a capacitadores/as en sitio para enseñarlo; o bien podría decidir comprar un programa completo que incluye un/a facilitador/a capacitado/a especialmente para conducir los talleres.²⁸⁴ Algunos proyectos de

²⁸² Ibid., p. 6.7.

²⁸³ N. Danforth y C. P. Green, “Involving Men in Reproductive Health: A Review of USAID-Funded Activities”, USAID y Population Technical Assistance Project, 1997, pp. 35–36.

²⁸⁴ Comunicación personal con personal de IPPF/RHO, septiembre de 2000.

mercadeo de condones se han hecho auto sostenibles a los pocos años de su comienzo.²⁸⁵ Otro esquema es el de compartir los costos. En Madagascar, una organización de gerencia de la salud financiada por un/a empleador/a, la Association Médicale Inter-Entreprises de Tananarivo (AMIT, la Asociación Médica Inter-empresa de Tananarivo) está compartiendo sus costos con Management Sciences for Health/APROPOP. Esta última provee capacitación, anticonceptivos, asistencia técnica, materiales de IEC y algún financiamiento para cubrir los gastos de transporte para visitas de supervisión, mientras el empleador y las contribuciones de trabajadores pagan los costos de personal, infraestructura y provisión de servicios.²⁸⁶

²⁸⁵ N. Danforth y C. P. Green, "Involving Men in Reproductive Health", p. 36.

²⁸⁶ C. Severo et ál., "Factories, Port Authorities and Vineyards: Why Do They Care? Enterprise-based Distribution of Family Planning Services in Madagascar: Results of the First 18 Months" (trabajo presentado en APHA, 1997), p. 2.

La gama de servicios de salud reproductiva para hombres, según el costo²⁸⁷

Servicios sin costo

- Permitir que los hombres participen en sesiones de consejería sobre la planificación familiar con sus parejas
- Alentar a las clientes a que discutan la planificación familiar y salud reproductiva con sus parejas masculinas
- Discutir los métodos masculinos de anticoncepción con los hombres
- Alentar a clientes masculinos y femeninos a que lleven a sus parejas para pruebas de ITS
- Con el permiso de la pareja, permitir que los hombres observen las visitas de salud reproductiva de sus parejas para generar conciencia y alentar su apoyo
- Alentar a los hombres a que apoyen la atención prenatal, post-parto y de maternidad segura
- Alentar a los líderes comunitarios y religiosos masculinos a que promuevan los servicios para hombres ofrecidos en la clínica
- Promover los servicios para hombres en talleres de educación comunitaria

Servicios de bajo costo

- Generar una lista de servicios que se les puede referir a los hombres
- Crear alianzas con otros grupos comunitarios orientados hacia los hombres
- Exhibir afiches relacionados a los hombres en las paredes de las clínicas
- Dejar revistas orientadas hacia los hombres en las salas de espera
- Dejar panfletos orientados hacia los hombres en los estantes
- Incluir “servicios para hombres” en los letreros de la clínica y en materiales promocionales
- Llevar a cabo talleres comunitarios de educación con hombres
- Llevar a cabo sesiones educativas con hombres dentro de la clínica
- Llevar a cabo y enseñar cómo hacerse exámenes testiculares/reconocimientos de los testículos
- Hacer la detección del cáncer del próstata
- Proveer educación en la clínica o en la comunidad sobre lo que significa ser padre y la paternidad
- Desarrollar formularios de historia médica adecuados para clientes masculinos
- Crear un panel de clientes satisfechos para llevar a cabo actividades de educación en la comunidad

Servicios de medio o alto costo

- Contratar a personal masculino de primer contacto
- Proveer condones gratis a clientes
- Designar un baño exclusivamente para los hombres
- Dar consultas clínicas a las horas más propicias para los hombres
- Designar horarios específicos exclusivamente para los hombres en clínicas
- Proveer a los hombres pruebas y tratamiento de ITS, incluyendo la prueba de y consejería sobre el VIH
- Proveer tratamiento para la impotencia o disfunción eréctil
- Proveer tratamiento para la infertilidad a los hombres
- Proveer servicios de vasectomía
- Capacitar al personal en la sexualidad masculina y en cómo trabajar con clientes masculinos
- Capacitar a proveedores/as de salud para brindar consejería a hombres y en realizar exámenes médicos para hombres
- Crear un espacio privado para consejería y exámenes
- Anunciar los servicios para hombres en periódicos, en la radio y con volantes
- Llevar a cabo una campaña de mercadeo social en la comunidad para motivar a los hombres a que utilicen los servicios
- Cambiar el nombre de la clínica para que sea apropiada para los hombres
- Diseñar las decoraciones de la clínica para que sea acogedora a los hombres

Servicios de alto costo

- Contratar a proveedores de servicios masculinos
- Designar una sección especial de la clínica sólo para los hombres
- Ofrecer una clínica exclusivamente para los hombres

²⁸⁷ AVSC International, *Introduction to Men's Reproductive Health Services*.

La necesidad para un enfoque integral y multidimensional que vaya más allá de la fertilidad y de la salud: Programas de salud sexual y reproductiva y derechos con una perspectiva de género

La creación de alianzas con hombres desde una perspectiva de género es un concepto que tiene varias dimensiones y requiere un enfoque programático integral. Tal enfoque se basa en el análisis de los contextos sociales, estructurales, culturales, políticos, económicos y ambientales. Tiene como objetivo crear un conocimiento más profundo de la causalidad múltiple que se ve reflejada en los procesos sociales y de género. El Programa de Acción de la CIPD integra la salud sexual y reproductiva en un contexto social más amplio, reconociendo que las circunstancias culturales, económicas y sociales afectan a los comportamientos de salud sexual y reproductiva de las personas. Para lograr las metas de la CIPD en el área de la responsabilidad masculina, se requiere un enfoque integral que vaya más allá de la fertilidad y la anticoncepción.²⁸⁸ Por ejemplo, las suposiciones basadas en papeles de género tradicionales, tales como la creencia en que las muchachas no necesitan tanta educación como los muchachos, contribuyen a la creación de una falta de equidad entre los géneros. Los muchachos y las muchachas deben aprender que son iguales para la familia y la sociedad, y que la “denegación de la humanidad de otra persona disminuye la humanidad de sí mismo”.²⁸⁹ Además, el ímpetu para concentrarse en la promoción de la salud en vez de sencillamente tratar las enfermedades y disfunciones necesita una consideración de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, por ejemplo, la discriminación basada en el género que deniega oportunidades a las mujeres para obtener la salud física y mental.²⁹⁰

Las estrategias necesitan diferenciar entre nuestras expectativas y las realidades; pero debemos considerar primero el contexto en que viven las personas porque este condiciona su capacidad de cambio. Entonces podemos construir sobre el poder que tiene el individuo para conformarse u oponerse a estándares de conducta para su género. Por lo tanto, las estrategias relacionadas a una perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva para los hombres deben enfrentar la mezcla de factores sociales e individuales para lograr las metas. Se puede combinar y reajustar los enfoques macro y micro-sociales, de largo plazo y de corto plazo como sea necesario.²⁹¹ Para asegurar resultados exitosos, los programas deben ser guiados por evaluaciones de las necesidades de

²⁸⁸ B. Egero, “Considerations on Male Involvement”, p. 7.

²⁸⁹ N. Sadik, “Human Rights and Global Needs: Ethical Considerations in Population Policies” (declaración hecha en el Simposio CORDAID, Holanda, enero de 1998).

²⁹⁰ R. J. Cook, “Gender, Health and Human Rights”, *Health and Human Rights* 1, núm. 4 (Cambridge: Harvard School of Public Health, 1995), p. 358.

²⁹¹ A. Wouters, informe de viaje a Zambia, FNUAP EAT Harare, 15 de enero de 1999.

hombres y mujeres en la comunidad blanco; un conocimiento general de hasta qué punto la comunidad es receptiva a la igualdad de género y el cambio social; y las estructuras, capacidades y habilidades existentes. La idea de necesidades prácticas versus las necesidades estratégicas también es útil en la evaluación de las necesidades.²⁹² Todas las organizaciones en la comunidad, en el mercado y en el estado siguen reglas, actividades y recursos que se caracterizan por las relaciones de poder formadas por los papeles de género. Para incluir a hombres como aliados, necesitamos entender:

- Las normas, actividades, los recursos y el poder en la esfera reproductiva;
- Cómo estos se manifiestan en instituciones, en contextos geográficos y culturales diferentes; y
- Cómo las diversas organizaciones se relacionen entre ellas en las redes complejas de influencia—tales como leyes que oponen la educación sexual para adolescentes o políticas que requieren la autorización del marido para que la mujer reciba atención médica—y cómo estos factores afectan el comportamiento, incluso el comportamiento reproductivo.²⁹³

“Al enfrentar los temas relacionados al género, muchas veces los programas enfrentan una decisión difícil—hasta qué punto deben aceptar los papeles de género de la sociedad y trabajar dentro de estos límites para ganar logros a corto plazo, y hasta qué punto deben dedicar atención a la tarea de largo plazo de cambiar los papeles de género y promover la equidad de género. Por ejemplo, el uso creciente de condones para la prevención del VIH a través del mercadeo social es una necesidad a corto plazo. El cambio de las normas sociales para que las mujeres no teman la violencia en la negociación del uso del condón y en relaciones sexuales de consentimiento es un interés estratégico. ... El cambio social a largo plazo puede parecer amenazador a hombres que piensan que la distribución del poder es un juego que suma cero donde las mujeres solamente pueden ganar si los hombres pierden algo. Sin embargo, las necesidades prácticas y los intereses estratégicos no tienen que estar en conflicto. De hecho, atender a las necesidades prácticas de las mujeres puede ser un “punto de entrada” para trabajar a largo plazo hacia la equidad de género y las relaciones de poder más equitativas.²⁹⁴ Por lo tanto, los programas necesitan atender a los intereses estratégicos a la vez que tratan de minimizar la oposición y ganar el apoyo de líderes masculinos”.²⁹⁵

²⁹² CEDPA, “Gender Equity: Concepts and Tools for Development”, Washington, DC, 1996.

²⁹³ FNUAP y Organización para la Cooperación Económica -ECO, “The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes” (Baku, Azerbaijan, 21–24 September 1998), *Conference Report*, junio de 1999, p. 52.

²⁹⁴ CEDPA, 1996, “Gender Equity: Concepts and Tools for Development”.

²⁹⁵ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”, *Population Reports*, series J, núm. 46, (Johns Hopkins University School of Public Health, octubre de 1998).

Aunque ningún programa puede incorporar efectivamente todos los aspectos posibles de un enfoque integral a los papeles masculinos, es crítico identificar algunas dimensiones claves para intervenciones a niveles macro y micro. Esta perspectiva amplia permite el trabajo en los dos lados del continuo, desde promover prácticas menos dañinas (necesidades prácticas) hasta promover el cambio social (necesidades estratégicas). Esto implica que las políticas y los programas de población deben estar coordinados con otros sectores de las comunidades, como la educación, el empleo y la religión, para poder enfrentar los prejuicios de género que hacen que las mujeres sean dependientes de los hombres y que perjudican sus propios derechos. Por ejemplo, el tamaño deseado de la familia puede ser influenciado por la inversión de recursos en la educación y salud, particularmente para las mujeres, mientras que el crecimiento poblacional se puede estabilizar aplazando el matrimonio y mejorando las oportunidades sociales y económicas de los y las jóvenes.²⁹⁶ Las políticas que aumentan la participación política de las mujeres y que las protegen de la violencia también son claves para el empoderamiento de las mujeres.²⁹⁷

La adopción de un enfoque en el ciclo vital para evaluar los perfiles y las necesidades de los hombres

Algunas personas sugieren un enfoque en el ciclo vital a modo de examinar los sistemas de género y sus implicaciones para las relaciones de género, la sexualidad y la salud reproductiva.²⁹⁸ El ciclo vital es una característica común de todas las poblaciones humanas y provee un formato útil para la incorporación de perspectivas interdisciplinarias, incluyendo el contexto socio-cultural. Además, el marco del ciclo vital puede ser utilizado efectivamente para generar discusiones participativas (con colegas o informantes) en ambientes donde se sabe muy poco sobre las perspectivas de los hombres.

Este enfoque considera la salud desde una perspectiva integral, incluyendo el hecho de que las necesidades de las personas cambian mientras se desarrollan. Un enfoque en el ciclo vital considera las implicaciones de los programas de salud reproductiva para niños/as (educación para padres, madres y niños/as); adultos y adultos mayores; y algunas prácticas de salud y educación que son discriminatorias según la edad.

²⁹⁶ M. E. Greene, “The Politics and Practice of Involving Men in Reproductive Health” (trabajo presentado a AWID y USAID, Center for Health and Gender Equity, noviembre de 1999), pp. 6–7.

²⁹⁷ G. R. Gupta, “Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How”, discurso plenario, XIIª Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, julio de 2000, p. 11.

El enfoque en el ciclo vital ha sido muy útil en entender la prevalencia e incidencia de prácticas de salud y de educación que son discriminatorias según la edad. La comparación de los aspectos específicos a los hombres en el ciclo vital con los de las mujeres puede subrayar temas, características y papeles claves de cada género. Esta evaluación llevaría a un análisis pertinente de los papeles reales, atribuidos y prescritos de cada género, y también ayudaría a identificar áreas de intervención.

Los dos ejemplos siguientes ilustran cómo un enfoque en el ciclo vital puede informar a los programas. El primero es en Brasil e indica los cambios generacionales del modo siguiente: “Se observa entre los hombres de la generación menor (de 25 a 39 años) una preocupación más espontánea sobre el trabajo excesivo que hacen sus parejas, y ellos reconocen la importancia de las carreras de las mujeres. Los hombres en este grupo también demuestran un interés más auténtico en sus hijos/as y expresan placer en tener un contacto cariñoso. Esta es una generación que busca soluciones a un nivel más personal, tanto en sus vidas profesionales como en las relaciones familiares, practicando con más intensidad lo que había sido anunciado en la generación anterior”.²⁹⁹

El otro ejemplo de la utilización de un enfoque en el ciclo vital tiene que ver con las preocupaciones de media-vida de los hombres. Un taller del FNUAP descubrió que hay muchas preguntas sin respuestas sobre las vidas sociales y las necesidades de hombres mayores.³⁰⁰ “A medida que los hombres envejecen, se vuelven más inseguros y se sienten como si la mujer, los hijos y las hijas están conspirando contra ellos. Algunos recurren a la violencia, la hostilidad o el alcoholismo, o buscan novias más jóvenes o mujeres adicionales como manera de afirmar su ego y sexualidad. A la misma vez, las mujeres más jóvenes explotan a estos hombres para conseguir su dinero. Por lo tanto, la ayuda a todos y todas a que entiendan las dinámicas del envejecimiento y cómo apoyar a las personas que están pasando por este ‘cambio’ es un aspecto importante pero olvidado por la salud pública.”

²⁹⁸ FNUAP, “Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender Throughout the Life Cycle”, pp. 6–11.

²⁹⁹ M. Muszkat et ál., “When Three Is Better Than Two”, OMS/HRP, 2000, p. 2.

³⁰⁰ FNUAP/EAT, *Report of a Sub-Regional Workshop on Access and Quality of Reproductive Health Services*, vol. 1, Addis Ababa, Etiopia, 2–10 de octubre de 1997, p. 42.

Sin embargo, algunos/as investigadores/as³⁰¹ indican que hay situaciones que no son reflejadas por los patrones de ciclos vitales, en los cuales los intereses de las mujeres y los hombres pueden o no coincidir. Por ejemplo, en el caso de parejas no casadas, los intereses comunes para evitar un embarazo no deseado o las ETS pueden ser más difíciles de reconocer o negociar entre parejas que entre parejas casadas. Otras situaciones—como la pobreza—en que los miembros de la familia están luchando juntos en el plano económico, pueden llevar a un mayor acuerdo sobre estrategias para ganarse la vida en intereses comunes, incluyendo las intenciones y resultados reproductivos.

La necesidad de mayor investigación, monitoreo y evaluación para aprender sobre las perspectivas que tienen los hombres sobre la sexualidad, la violencia y los asuntos familiares, y para identificar que tipo de programas produce resultados exitosos.

La identificación de las necesidades de los hombres es un paso crítico en el establecimiento de servicios para los hombres. Las herramientas existentes tienen que ser adaptadas y también se necesitan nuevas herramientas que informen sobre y enfrenten las prioridades cambiantes. La inclusión de los hombres en la salud sexual y reproductiva está haciendo que las herramientas convencionales sean inadecuadas porque fueron desarrolladas para informar sobre el comportamiento reproductivo y la fertilidad de las mujeres. Por ejemplo, las EDS anteriores no reflejaron bien las necesidades de los hombres porque los hombres tienen más de una pareja sexual y sus necesidades insatisfechas pueden ser diferentes para cada pareja. Además, las EDS actuales no toman en cuenta la poligamia que es prevalente en varias sociedades africanas.³⁰² De hecho, las estrategias que analizan la fertilidad y la mayoría de los indicadores actuales fueron construidas y calculadas como función de las mujeres.³⁰³ Adicionalmente, el conocimiento actual de las perspectivas de los hombres sobre temas relacionados a la familia y violencia es incompleto y provee pocas indicaciones sobre estrategias exitosas y métodos viables para reducir la práctica de la violencia por los hombres.

³⁰¹ J. Casterline, comunicación personal, Ginebra, 2000.

³⁰² P. Ngom, “Men’s Unmet Need for Family Planning: Implications for African Fertility Transitions” *Studies in Family Planning* 28, núm. 3 (1997): 193, 195.

³⁰³ J. G. Figueroa, “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Processes” (forthcoming, in “Male Sexuality and Reproduction”, El Colegio de México, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y Sociedad Mexicana de Demografía).

En las Consultas de Expertos/as del FNUAP llevadas a cabo en África,³⁰⁴ los Estados Árabes,³⁰⁵ Asia y el Pacífico,³⁰⁶ y América Latina y el Caribe,³⁰⁷ se identificó la necesidad de mayor investigación en las áreas siguientes:

- Marcos de investigación dentro de contextos sociales que respondan a las necesidades de uso y que tomen en cuenta las consideraciones del ciclo vital y de una perspectiva de género.
- Investigaciones interdisciplinarias que consideren cómo los factores de la vida actual influyen en los procesos de toma de decisiones.
- Investigación sobre los nuevos métodos anticonceptivos que “resuelvan en vez de exacerben la complejidad de las vidas de las personas”.
- El conocimiento de los hombres de—y su opinión sobre—las prácticas tradicionales que son dañinas a las mujeres.
- El conocimiento de los hombres del comportamiento sexual de alto riesgo, la perversión sexual y la violencia.
- Las respuestas de los hombres a programas que buscan “re-socializar” a los hombres y las mujeres para que compartan la toma de decisiones sobre la planificación familiar y para que busquen la prevención de las ETS y el VIH/SIDA.
- Las percepciones de los hombres y sus comportamientos para buscar remedios para la salud “respecto a las enfermedades sexuales y reproductivas y sus condiciones”.³⁰⁸
- Una investigación y una evaluación de las necesidades políticas sobre la salud reproductiva a nivel nacional. Este es un paso vital para diseñar un programa efectivo de salud reproductiva a nivel nacional que identifique las lagunas en los servicios y los tipos de enfoques que serían más exitosos en el país. Este tipo de evaluación de necesidades también puede servir como un estudio de base para evaluaciones posteriores con el fin de determinar qué funciona y qué no funciona.
- Las necesidades de poblaciones marginadas, vulnerables y menos servidas, incluyendo a los y las adolescentes; el impacto del abuso de drogas y alcohol sobre el comportamiento sexual y reproductivo; la violencia y las implicaciones que tiene para las mujeres y los hombres; y la importancia del enfoque en las necesidades satisfechas y no satisfechas.

³⁰⁴ FNUAP, “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Africa”, *Workshop Proceedings*, Addis Ababa, Etiopía, 25–30 de enero de 1997.

³⁰⁵ FNUAP, “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Arab States”, *Workshop Proceedings*, Rabat, Marruecos, 24–28 de noviembre de 1997.

³⁰⁶ FNUAP, “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health: Asia and the Pacific”, *Workshop Proceedings*. New Delhi, India, 22–26 de noviembre de 1997.

³⁰⁷ FNUAP, “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Latin America and the Caribbean. Lima”, *Workshop Proceedings*, Lima, Perú, 3–7 de noviembre de 1997.

Otros áreas que requieren más investigación incluyen: la información sobre el entendimiento de los hombres sobre sus papeles como parejas sexuales y como padres; sus selecciones con respecto a la fertilidad y el uso de la anticoncepción, y cómo éstas están apoyadas o perjudicadas por actitudes y prácticas gubernamentales, religiosas y de proveedores/as; y cómo un miembro de la pareja afecta el uso de la anticoncepción, la información y los servicios de planificación familiar del otro miembro.

También existen otros problemas metodológicos. Por ejemplo, las y los trabajadores/as de campo (u otros científicos de comportamiento) raramente observan el acto sexual o las interacciones entre la pareja. El bajo reportaje de prácticas como el coito anal heterosexual, o la negación de parejas extramaritales en sociedades que permiten el mantenimiento de un hogar de “unión consensual”, son algunos de los problemas que se encuentran hoy en día.³⁰⁹ Para enfrentar estos temas delicados, es necesario también considerar el género y los valores de las y los investigadores/as. También, todavía es problemático medir las necesidades insatisfechas de los hombres y las parejas por las siguientes razones:

- Los hombres tienen intenciones reproductivas diferentes a las de las mujeres; su decisión de tener hijos no es limitada por el tiempo, como en el caso de las mujeres. El deseo “latente” de los hombres de ser padres está en conflicto con el deseo “urgente” de las mujeres.³¹⁰
- El poder de los hombres influencia las decisiones reproductivas de las mujeres.
- Las intenciones reproductivas de los hombres son diferentes con parejas dentro y fuera del matrimonio; y en matrimonios polígamos, éstas difieren de una mujer a otra.
- Los y las respondientes a encuestas tienden a sobre-reportar su uso de anticonceptivos.
- Un hombre puede utilizar un anticonceptivo con una pareja, pero no con la otra.

³⁰⁸ FNUAP, “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Africa”, p. 15.

³⁰⁹ G. Herdt, “Sexual Cultures and Population Movement, Implications for AIDS/STDS” in *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives* (Oxford: Clarendon Press, 1997).

³¹⁰ E. D. Bilac et ál., “The ‘Family Man’: Conjuality and Fatherhood among Middle-class Brazilian Men in the 1990s”, WHO/Human Reproduction Programme, enero de 2000, p. 16.

Se nota una tensión subyacente entre las investigaciones teóricas y operacionales. El primer tipo enriquece nuestro conocimiento de las construcciones de género, sus dimensiones variables y las conexiones con la reproducción y la sexualidad.³¹¹ Tiende a enfocarse en lo que no sabemos y a promover más investigaciones. El otro tipo se construye sobre los conocimientos existentes, documenta experiencias de programas y responde a la necesidad urgente del/la programador/a de probar lo que ha sido aprendido y aplicarlo a nivel más amplio. Dado la urgencia de lograr el cambio, los procedimientos rápidos de evaluación y de análisis situacional que involucren a los y las partícipes se están convirtiendo en las herramientas preferidas de las personas encargadas de formular políticas, los y las donantes y proveedores/as.

³¹¹ J. G. Figueroa, “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Processes”.

Capítulo 5

El cambio de la cultura, las políticas y el comportamiento por medio de la comunicación

La incorporación de una perspectiva de género que incluye a los hombres en la salud sexual y reproductiva y en los derechos quiere decir, en efecto, que se consideran cuidadosamente las relaciones de género no sólo como un ambiente variable en términos temporales sino también como blancos para el cambio. Sí es posible cambiar las relaciones de género alienadoras. Las relaciones jerárquicas entre los hombres y las mujeres no se dan biológicamente, sino que son, en gran parte, productos de procesos sociales y culturales. Como tal, no son universales ni ahistóricas. Son dinámicas y cambiables.³¹² Las y los sociólogos/as dicen que podría tardar tres generaciones en el logro de la equidad de género. De hecho, en Suecia, tardó casi 40 años para que los “ideales” se hicieran “normas” y para tener un impacto sobre el comportamiento de la mayoría de los hombres suecos hacia un proceso de igualdad de género. Otros estudios de caso descubrieron que los hombres habían hecho decisiones sobre la planificación familiar basándose solamente en motivos económicos sin cambiar las relaciones de género y sin involucrar a la esposa. A la larga, esto resultó en un mayor empoderamiento de las mujeres, pero tardó cinco generaciones.³¹³

Una pregunta clave es *¿cómo se puede adelantar* este proceso de cambio en situaciones donde la igualdad de género es menos avanzada? Aunque el cambio de patrones de género puede tomar varias generaciones, los programas de población desarrollados según el mandato de la CIPD están comprometidos a instigar el cambio socio-cultural y político de manera más rápida. Dos tipos de programas están disponibles: la comunicación de advocacy (promoción y defensa) para cambiar políticas y normas sociales, y las comunicaciones para el cambio de comportamiento (información, educación y comunicación, o IEC) para cambiar el conocimiento, las actitudes, las creencias y el comportamiento individual. Tanto el advocacy como la IEC son requisitos para empoderar a las mujeres y los hombres, para crear alianzas equitativas entre los hombres y las mujeres, y para proveer servicios apropiados a los hombres, particularmente a los hombres jóvenes. El propósito del advocacy es la promoción o el reforzamiento de un cambio en la cultura, la

³¹² H. Moore, *Feminism and Anthropology* (Cambridge: Polity Press, 1988).

³¹³ M. Karra et ál., “Male Involvement in Family Planning: A Case Study Spanning Five Generations of a South India Family”, *Studies in Family Planning*, vol. 28, núm. 1 (marzo de 1997).

política, el programa o la legislación social. En vez de proveer apoyo directamente a clientes o a usuarios/as de servicios, el advocacy intenta ganar el apoyo de otros/as—o sea, crear un ambiente de apoyo. La IEC se enfoca más en cambios individuales de actitudes y comportamiento. Hay una necesidad de definir la mezcla perfecta de estrategias para enfrentar tanto a los factores sociales como a los factores individuales de cambio.

Advocacy: El nuevo énfasis en programas de comunicación dirigidos a hombres

Los estudios respecto al riesgo de contraer el VIH/SIDA han demostrado consistentemente que el conocimiento sobre el SIDA no es suficiente para inculcar el sexo seguro o la protección del riesgo de infección con el VIH; así se revelan los límites de este modelo de “creencia en la salud”.³¹⁴ Es necesario distinguir entre el conocimiento y el comportamiento porque no es suficiente conocer la regla o práctica correcta para protegerse del riesgo. Otros factores—tales como los recursos, el compromiso personal, el empoderamiento y la confianza en sí mismo—son necesarios para resistir la presión de pares y otras personas influyentes en el “grupo de riesgo” del individuo y para frenar las actividades que son perjudiciales para el bienestar personal. En resumen, el punto en cuestión es *el acceso al poder en un sentido general*, y el empoderamiento del o de la agente para hacer decisiones informadas dentro de un ambiente de riesgo cultural.³¹⁵

El advocacy y empoderamiento a nivel comunitario se enfocan en la creación de un ambiente cultural nuevo y positivo que posibilite la formación sexual y de género segura, la cual promueva la equidad y el empoderamiento—es decir, la creación de un “ambiente de reducción de riesgo”:

[Un ambiente] donde la situación o las instituciones culturales y grupos de apoyo enseñan las prácticas seguras y la protección contra el riesgo, de este modo apoyan la capacidad de individuos para hacer decisiones razonables y empoderadas, y también en la toma de acciones para asegurar la auto-protección. Por ejemplo, la formación de una red de apoyo con otros/as es útil en la negociación de la violencia

³¹⁴ El modelo de creencias sobre la salud afirma que el comportamiento relacionado a la salud se ve influenciado por las percepciones del individuo sobre la severidad del problema de salud, si él o ella es susceptible al problema de salud, si él/ella está consciente de los beneficios de tomar medidas preventivas, o si él/ella se siente capaz de hacer algo para prevenir el problema (la “auto-eficacia”).

³¹⁵ G. Herdt, “Sexual Cultures and Population Movement, Implications for AIDS/STDS” en *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives* (Oxford: Clarendon Press, 1997), pp. 10–17.

en las calles, de la homofobia en la vida cotidiana y en las aulas, y la toma de riesgos dentro del contexto de las relaciones sexuales.³¹⁶

El cambio de comportamientos a través de un enfoque “social”—un enfoque que depende del cambio profundo, fundamental y perdurable—es el más difícil de lograr, pero se adopta cada vez más para combatir la epidemia del SIDA. Este es un proceso incierto que requiere mucho tiempo y que está relacionado al VIH/SIDA y a los temas más amplios que rodean las relaciones de género.³¹⁷

La noción de la responsabilidad del individuo

El fracaso de los modelos convencionales de cambio de comportamiento enfocados exclusivamente en el cambio del conocimiento de individuos no significa que los individuos no tengan el poder para cambiar los roles de género arraigados. Es posible que se interprete mal el énfasis sobre la identidad masculina como algo *creado socialmente* como un conjunto de características y comportamientos que son esperados de los hombres en una cultura específica. Aunque los hombres sostengan que no son “responsables” por su falta de “involucramiento” o “participación”—lo cual refleja las normas de género—en realidad son responsables por sus acciones. La identificación de los factores contextuales no quiere decir que los individuos sean formados solamente por presiones sociales. Como ha sido demostrado por los movimientos gay y feministas en el Oeste, una minoría siempre ha podido cuestionar las expectativas de género. Las personas tienen el poder *individual* de conformarse u oponerse a los estándares de conducto de género y de formar sus propias identidades.³¹⁸

La promoción se relaciona con el enfrentamiento de la controversia

Cuando se intenta el cambio de los papeles de género, se puede anticipar algunas reacciones del sistema, donde la mitad de la población está en una posición de dominación. Es razonable que la parte dominante tenga interés en la perpetuación del sistema y que el grupo subalterno tenga interés en cambiarlo. En el sistema de género, los hombres tienen interés en continuarlo, y las mujeres tienen interés en cambiarlo.³¹⁹ Por ejemplo, el término “empoderamiento de las mujeres” ha creado fuerte resistencia, particularmente en los países en desarrollo donde muchos expresan su temor de

³¹⁶ Ibid., p. 17.

³¹⁷ M. Foreman, ed., *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?* (Londres: Panos Institute y Zed Books, 1999), p. 43.

³¹⁸ A. Wouters, informe de viaje de Zambia, FNUAP EAT Harare, 15 de enero de 1999.

que las mujeres se volverán más masculinas. Dado que el poder es una característica fundamental de la masculinidad, el empoderamiento de las mujeres puede ser asociado con la pérdida de competencia entre los hombres. Algunos grupos de hombres creen que han sido marginados y que carecen de derechos reproductivos y custodiales. Se necesita hacer campañas cuidadosas de promoción para enfrentar esto.³²⁰

La oposición a los derechos emergentes de las mujeres no siempre es organizada. Puede ser manifestada por un incremento en la violencia doméstica.³²¹ En el experimento Navrongo en el norte de Gana, se logró cambios en las prácticas anticonceptivas en un ambiente donde se había considerado imposible. Sin embargo, un resultado inesperado de este proyecto fue que las mujeres fueron sometidas a la violencia física y a represalias perpetradas por sus parejas y familias extendidas. El programa ejemplificó las tensiones en las relaciones de género que pueden resultar del uso de anticonceptivos.³²² Un estudio llevado a cabo en México examinó la importancia de la fidelidad sexual que algunos hombres, particularmente emigrantes quienes pasan mucho tiempo del año lejos de sus mujeres, creen que “los derechos a la libertad sexual son la última frontera del privilegio masculino”.³²³

Se necesitan nuevas investigaciones y modelos de cambio para implementar estrategias de promoción que tomen en cuenta los factores contextuales

El punto de partida de cualquier estrategia de comunicación dirigida a los hombres es el entendimiento y la evaluación del contexto de socialización de los hombres. La realización de investigaciones que dan información sobre las circunstancias, el conocimiento, las actitudes, las prácticas y los comportamientos de los hombres es crítico para la formulación de programas de advocacy e IEC que involucran a los hombres. Las investigaciones formativas ayudan a desarrollar argumentos convincentes sobre un tema específico, y también ayudan a identificar a las y los beneficiarios/as claves, aliadas, adversarios, tomadores de decisiones y sus características.

³¹⁹ R. W. Connell, “La organización social de la masculinidad”, en *Masculinidad/es, Poder y Crisis*, T. Valdés y J. Olavarría, eds., Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres núm. 24, Santiago, 1997.

³²⁰ M. Villarreal, “Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health (trabajo presentado en el taller temático TSS sobre la Participación Masculina en Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, FNUAP, Roma, 9–13 de noviembre de 1998).

³²¹ M. E. Greene, “Benefits of Involving Men in Reproductive Health” (borrador de un trabajo presentado en la reunión de la Association for Women in Development, noviembre de 1999), p. 17.

³²² A. A. Bawah et ál., “Women’s Fears and Men’s Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana”, *Studies in Family Planning* 31, núm. 1 (1999): 54–66.

³²³ J. S. Hirsch y C. A. Nathanson, “Amor and Infidelidad: The STD/HIV Prevention Implications of Changing Ideas about Marriage and the Importance of Sexual Fidelity in Western Mexico” (trabajo presentado en la conferencia del American Public Health Association [APHA], noviembre de 1999), p. 5.

Los y las investigadores/as sugieren que las herramientas existentes de investigación necesitan ajustes para poder recopilar información sobre las circunstancias y la identidad de los hombres, y las necesidades insatisfechas de los hombres y las parejas. Los comportamientos sexuales y reproductivos cambiantes requieren investigación adicional que “contribuya al proceso de redefinición y reconstrucción en el área de reproducción”.³²⁴ En el 1999, ONUSIDA publicó un documento clave sobre la comunicación para ser diseminado e implementado en países que combaten la propagación del VIH/SIDA y de las ETS: “El marco para la comunicación sobre el VIH/SIDA: Una dirección nueva”.³²⁵ Dentro de este marco, los programas de comunicación para la prevención del VIH/SIDA deben ser dirigidos no sólo al cambio del comportamiento individual, sino también al fomento de cambios en los factores contextuales que facilitan las acciones de los individuos. Propone cinco factores contextuales: la política del gobierno, el estatus socio-económico, la cultura, las relaciones de género y la espiritualidad. Aunque las experiencias en la implementación de programas que combinan estos cinco factores contextuales sean limitadas, este modelo provee una agenda de investigación para crear un ambiente permisivo al papel de los hombres en la salud sexual y los derechos sexuales.

El estudio de programas de comunicación dirigidos a hombres que usan una perspectiva de género

Los programas de comunicación y servicios que toman en cuenta los papeles de género alientan la igualdad entre los sexos. Para planear la comunicación efectiva y sensible al género, los y las planeadores/as de programas deben estar conscientes de sus propias suposiciones con respecto al género, y las de sus clientes. Se debe evitar el reforzamiento de estereotipos sobre los hombres y las mujeres que llevan a un comportamiento dañino a su salud física y mental. Los programas de comunicación deben promover imágenes de hombres y mujeres que ayudarán a proteger su salud y la salud de la comunidad.³²⁶

También se han aprendido lecciones importantes sobre la conciencia de género a través de las consecuencias inesperadas de programas diseñados para incrementar la participación de los

³²⁴ J. G. Figueroa, “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Processes” (en preparación, para “Male Sexuality and Reproduction”, El Colegio de México, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y Sociedad Mexicana de Demografía).

³²⁵ “Communication Framework for HIV/AIDS: A New Direction”, United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) y Pennsylvania State University, 1999.

³²⁶ F. T. Chikara, “The Role of IEC in Reinforcing or Changing Gender Stereotypes and Promoting Gender Equality”, in “Sexual and Reproductive Health and Rights of Women”, *Discussion Paper*, tomo 1, IPPF Londres, 1995.

hombres. Por ejemplo, durante los 1970 y a principios de los 1980, Profamilia en Colombia utilizó la imagen latina del macho para promover las vasectomías.³²⁷ Otro ejemplo clásico fue en Zimbabwe, donde una campaña multimedia en el 1993-94 promovió el uso de la planificación familiar entre los hombres a través de deportistas famosos quienes hablaban de la importancia de la práctica de la planificación familiar. La campaña tuvo éxito en llegar a los hombres y en alentar su participación. Muchos de los mensajes utilizaron el tema de los deportes para poner énfasis en el trabajo conjunto, por ejemplo: “*Ganar el juego de la planificación familiar llegando al gol de tener una familia pequeña con la ayuda de los otros miembros del equipo (esposas/parejas) y entrenadores (proveedores de servicios)*”. Sin embargo, es posible que otros mensajes, hayan reforzado la complacencia de los hombres a tomar control solos, como en “*Juega bien; una vez que estás en control, es fácil ser un ganador*”, y “*Es tu decisión*”. Como consecuencia inesperada, era más probable que algunos de los hombres que fueron expuestos a la campaña creyeran que ellos solos debían hacer las decisiones sobre la planificación familiar.³²⁸

El uso de imágenes estereotípicas como parte de la estrategia de comunicación es delicado y requiere de mayor diligencia en la selección de mensajes, particularmente cuando el mensaje está dirigido a los hombres, quienes rápidamente tomarán cualquier oportunidad percibida de tomar el control.³²⁹ Por lo tanto, se han desarrollado varias guías para facilitar la incorporación de una perspectiva de género en el diseño, la implementación y la evaluación de programas.³³⁰ El Johns Hopkins University Center for Communication Programmes y el Centre for Development and Population Activities (CEDPA) han desarrollado una “Herramienta CAP”,³³¹ un enfoque práctico para incorporar el género en programas de comunicación sobre la salud reproductiva que permite que las organizaciones revisen de manera pro-activa las campañas de comunicación desde una perspectiva de género y que hagan los ajustes necesarios. Las herramientas que pueden ser utilizadas para asegurar la integración de una perspectiva de género en programas incluyen: *listas*

³²⁷ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”, *Population Reports*, serie J, núm. 46, (Johns Hopkins University School of Public Health, octubre de 1998).

³²⁸ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, *Reaching Men Worldwide: Lessons Learned from Family Planning and Communication Projects, 1986–1996*, Working Paper Series núm. 3, Baltimore, enero de 1997.

³²⁹ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, “Better Together: A Report on the African Regional Conference on Men’s Participation in Reproductive Health”, Baltimore, abril de 1997, p. 6.

³³⁰ I. Tweedie, “Walking the Stereotype Tightrope: Lessons Learned from Communication Approaches to Men’s Participation in Zimbabwe”, report from the meeting on “Changing Communication Strategies for Reproductive health and Rights” (The Health and Development Policy Project, Population Council, Washington, DC, 10–11 diciembre de 1997), pp. 44–47.

de verificación con preguntas que deben ser planteadas desde la fase de planeación de un programa para hombres; *datos de-segregados*, para proveer datos más precisos que tomen en cuenta los roles sociales de hombres y mujeres; *perfiles de actividades*, para examinar quién hace qué en las actividades productivas y reproductivas, lo cual ayuda a los y las planeadores/as a reconocer el trabajo de mujeres y hombres dentro del contexto social y a identificar la ayuda que los hombres y las mujeres necesitan; y la *matriz de análisis de género*, que provee una técnica comunitaria para identificar y analizar las diferencias de género con el fin de evaluar los impactos diferentes sobre los hombres y las mujeres de una intervención específica.³³²

Estrategias de advocacy para cambiar la cultura y la política, con un enfoque sobre los hombres y los papeles de género

Los resultados esperados de programas de advocacy dirigidos a hombres y con un enfoque en la equidad de género incluyen: (1) el fomento de un ambiente socio-cultural que apoye la equidad de género y el empoderamiento de mujeres y hombres; (2) la adopción a una gran escala de papeles para hombres que sean constructivos; (3) el fomento de un ambiente político que favorezca la equidad de género y la reducción de la violencia de género; y (4) la reorientación de servicios para satisfacer las necesidades de los hombres, particularmente los hombres jóvenes. A continuación se repasan experiencias de estrategias de advocacy en el mismo orden.

El advocacy para la equidad de género: un enfoque hacia los cambios culturales

Una perspectiva basada en los derechos implica que las personas pueden elegir y hacer decisiones. La creación de un ambiente que permita cambios más rápidos en las actitudes, las creencias y los comportamientos es la manera en que el Programa de Acción de la CIPD plantea lograr los objetivos de equidad de género y una mayor responsabilidad de los hombres. No se puede promover la equidad de género sin cuestionar las jerarquías patriarcales y de poder que aceptan el poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, y que impiden el acceso de las mujeres a los derechos humanos, incluso los derechos sexuales y reproductivos.³³³ La promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los hombres tiene que ver con el cambio de valores culturales y la promoción de equilibrios en el poder y el respeto mutuo en relaciones sexuales. También se espera que el advocacy desempeñe un papel importante en sensibilizar y movilizar a la

³³¹ CEDPA, "Gender Equity: Concepts and Tools for Development", Washington, DC, 1996, p. 43; S. Pfannenschmidt et ál., "Through a Gender Lens", US Agency for International Development, Washington, DC, octubre de 1997, p. 44.

³³² M. Ladjali, "Gender Quality of Care: Common Approaches for Common Goals", WHO, Geneva, 1998, p. 6.

comunidad en la toma de responsabilidad por su propia salud, y en hacer que los hombres como un grupo colectivo resistan las presiones sociales que fomentan la violencia.

El advocacy con base popular para cambiar las actitudes de género y para tratar las preocupaciones y los conceptos erróneos sobre la participación de los hombres

Las estrategias de advocacy o de movilización social dirigidas a los y las líderes de opinión tradicionales a nivel comunitario son centrales a la generación de cambios en las normas sociales. Los y las líderes tradicionales son los custodios de las leyes de costumbres, y por lo tanto tienen el poder de modificarlas. Las estrategias son dirigidas a hombres en sus papeles de encargados de formular políticas y líderes comunitarios; el propósito es involucrar a hombres prestigiosos para que encabecen colectivamente la transformación de ideas culturales y normas sociales sobre la masculinidad y que implementen los cambios necesarios en políticas y programas. En este proceso, se invita a las personas encargadas de formular políticas y gerentes de programas a que cuestionen quiénes son las personas que se benefician de la aceptación sin criterios de valores culturales.³³⁴

Construir puentes con el involucramiento de otros miembros de la comunidad—incluyendo los y las líderes tradicionales y religiosos, políticos y populares—puede ser un factor determinante en el éxito o fracaso de un programa, particularmente en situaciones donde las acciones independientes de las mujeres para regular la fertilidad alteran el contrato social que define las relaciones de género y en situaciones donde el control sobre las mujeres es total y su estatus como propiedad tiene raíces profundas. En Navrongo, en el Distrito de Kassena-Nankana del norte de Gana, los líderes comunitarios y grupos locales utilizaron *durbars* —reuniones públicas en las cuales los líderes se comunican con el pueblo, en su mayoría hombres—para informarles sobre el programa y establecer una discusión abierta en la comunidad sobre temas relacionados con la salud. Esto ayudó a legitimizar el programa.³³⁵

³³³ M. E. Greene, “Benefits of Involving Men in Reproductive Health”.

³³⁴ Ibid.

³³⁵ B. A. Agula et ál., “Women’s Fears and Men’s Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana” *Studies in Family Planning* 30, núm. 1 (1999): 62.

El innovador programa de advocacy a base popular en Uganda

En Uganda, el FNUAP encabezó un programa innovador y culturalmente sensible en 1995-96 para apoyar los esfuerzos de la comunidad a descartar la práctica de la mutilación de los genitales femeninos (MGF). El proyecto, nombrado Reproductive, Educative and Community Health (REACH), fue basado sobre la premisa de que los valores culturales pueden ser percibidos como inalterables y una reflexión básica de la identidad del grupo. Sin embargo, los valores muchas veces son expresados a través de prácticas, las cuales dependen de la exposición de la comunidad a conocimientos, tecnología y tradiciones; es posible que las prácticas sean más fáciles de cambiar. Siguiendo este razonamiento, el programa REACH intentó separar la práctica de cortar los genitales de mujeres y jóvenes femeninas del valor cultural de la iniciación desde la juventud hasta la edad adulta de la mujer. El proyecto utilizó un proceso consultativo y persuasivo con personas claves para el cambio en la comunidad (tales como líderes políticos, religiosos y del clan, ancianos, y representativas de mujeres y jóvenes) para reconocer y apreciar los riesgos serios a la salud asociados con la MGF. La creación de alianzas con grupos conservadores, tales como ancianos y líderes de los clanes como el Sabiny Elders' Association, y hacer redes con instituciones educativas, grupos religiosos, políticos, instituciones de salud y líderes comunitarios permitió que el programa sensibilizara a la comunidad. También se movilizó a jóvenes como educadores pares y se les dio información y datos sobre los aspectos dañinos de la MGF. Un día de la cultura en el distrito ofreció una oportunidad para marcar el paso de la juventud a la edad adulta de la mujer, con rituales alternativos.

Fuente: F. Farah, "A Promising Success in Discarding Female Genital Mutilation: The REACH Project in Uganda", en *Innovations, Innovative Approaches to Population Programme Management*, vol. 6 (ICOMP, Kuala Lumpur, Malasia, 1998).

El advocacy con líderes religiosos/as por un cambio cultural

Se ha logrado un gran progreso porque los y las líderes culturales y religiosos se han unido en la alianza con otros/as líderes y con profesionales de población para promover el sexo seguro y facilitar los programas de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes.

Las y los líderes religiosos que trabajan con el FNUAP, las ONG locales y líderes comunitarios están comprometidos a corregir la percepción errónea de que el Islam está opuesto a la planificación familiar. Como la religión es un tema delicado, el gobierno de Bangladesh alentó a la Family Planning Association of Bangladesh (FPAB) a superar la oposición religiosa y ganar el apoyo de líderes religiosos en la promoción de la planificación familiar. En el 1984, la FPAB estableció un Islamic Research Cell (Célula de Investigación Islámica) y empezó programas de advocacy y orientación con líderes religiosos. El fuerte apoyo de eruditos religiosos y las comunicaciones interpersonales llevaron a la superación de conceptos erróneos sobre los programas de planificación familiar, y el aprendizaje de que no hay nada en la religión Islámica que prohíbe la adopción de una norma de tener familias pequeñas. También se orientó a los registradores de

matrimonios y a los imanes. Hoy día, la oposición religiosa ha disminuido de manera significativa en Bangladesh, y los imanes han estado predicando a favor de la planificación familiar. Sin embargo, muchos hombres todavía no están informados y siguen propagando conceptos erróneos.³³⁶

Similarmente, en África Occidental, el International Colloquium on Islam and Population, que fue copatrocinado por el FNUAP y el Groupement des Association Islamiques Nigeriennes pour la Planification Familiale et la Promotion de la Femme en Islam (GAIPFI) (Asociación de Grupos Islámicos Nígeros para la Planificación Familiar y la Promoción de Mujeres en Islam), es un ejemplo de esfuerzos de advocacy que involucran a líderes religiosos. Uno de los resultados, la “Declaración de Niamey”,³³⁷ explica claramente el apoyo del Islam a la planificación familiar. La declaración también invita a los mullahs a que estudien las condiciones demográficas, y considera el papel de los mullahs en la sensibilización y movilización de sus comunidades en torno a estos temas críticos. En Senegal, el FNUAP ayudó a crear una red de líderes religiosos que interpretaron el Corán y sus preceptos sobre la sexualidad, la planificación familiar y la salud reproductiva. Este trabajo incluyó visitas a Irán, Indonesia y Egipto. Como resultado, los Imanes tratan la planificación familiar y la sexualidad en sus sermones de los viernes, particularmente con los hombres, quienes habían estado fuera de la discusión aunque son los tomadores de decisiones en la familia. Los debates que incluyen la salud reproductiva de adolescentes han sido transmitidos regularmente por radio y televisión. Los líderes religiosos también han desarrollado casetes sobre la salud reproductiva basados en creencias Islámicas. El uso de anticonceptivos, aunque todavía sea bajo, se duplicó entre el 1993 y 1997 (del 4 por ciento en el 1993 al 8 por ciento en 1997).³³⁸ También en Senegal, Tostan, una ONG educativa internacional basada allí, trabajó con mujeres, sus maridos, los jefes de los pueblos y líderes religiosos para acabar con la práctica de la mutilación de los genitales femeninos en 31 pueblos.³³⁹ En Gana, un producto de este tipo de colaboración es el *Parent’s Handbook on Sexuality & Communication Skills* (Guía para padres y madres sobre la sexualidad y las habilidades de la comunicación), producido por el FNUAP, el Religious Bodies Welfare Project y la Asociación de Planificación Familiar de Gana.

³³⁶ A. Neaz, “Converting Bangladesh’s Influential Religious Leaders”, *Planned Parenthood Challenges* 2 (1996): 38–39.

³³⁷ GAIPFI, “Islam, Population et Developpement, Place de la Femme dans l’Islam, Islam et Santé de la Reproduction”, Niamey, Niger, 1998, pp. 5, 19–27.

³³⁸ FNUAP, mensaje de correo electrónico de Fatou Sarr Diop en que discute la ética, religión y la salud reproductiva, enero de 2000.

³³⁹ Population Council, “The Tostan Story: Breakthrough in Senegal Ending Female Genital Cutting”, *Reproductive Health and Family Planning*, julio de 2000, www.popcouncil.org/rhfp/tostan/tostan.html.

El advocacy para nuevos papeles de género para hombres

La participación de los hombres en el cuidado de las y los niños generalmente beneficia a las madres y a las y los niños y, no de menos, a los hombres porque ellos desarrollan lazos más fuertes con sus hijos/as y mujeres. Al pasar tiempo con los y las hijos/as y satisfacer sus necesidades físicas y emocionales se puede también contribuir al desarrollo de las cualidades de empatía de los hombres, las cuales muchas veces están ausentes, según estudios recientes. Los padres tienen la oportunidad de, por ejemplo, tomar la licencia de paternidad en solamente unos tantos países.³⁴⁰

Las estrategias de comunicación pueden ayudar a los hombres a visualizar nuevas imágenes y papeles de género masculinos. La participación de los hombres en la esfera doméstica es considerada como una clave para el establecimiento de una distribución de papeles y responsabilidades más equitativa entre hombres y mujeres. Las experiencias con los hombres que hacen una parte igual de los quehaceres domésticos son más comunes en los países desarrollados que en los países en desarrollo. Sin embargo, los papeles de padres pueden ser ampliados para incorporar las tareas que tradicionalmente son reservadas para las mujeres. Los y las participantes en un seminario en África descubrieron que este puede ser un punto de entrada bueno para cambiar los papeles y las responsabilidades en el hogar porque les daría a los hombres oportunidades para nuevos tipos de gusto que son motivos fuertes para el cambio de comportamiento.³⁴¹

³⁴⁰ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”, informe para el Royal Ministry of Foreign Affairs, Oslo, Noruega, 21 de febrero de 1999, p. 12.

³⁴¹ A. Wouters, informe de viaje a Zambia.

Compartir los quehaceres domésticos en Burkina Faso

La división sexual de trabajo y de responsabilidades en la mayoría de las sociedades impone una multitud de tareas “femeninas” sobre las mujeres, que tienden a ser más numerosas que las tareas de los hombres. Por lo tanto, los estudios de tiempo-presupuesto siempre descubren que las mujeres trabajan más horas diarias que los hombres. Muchas mujeres en el Oeste de África, por ejemplo, trabajan 12 horas diarias. Preocupado por las consecuencias sobre la salud de tanto trabajo, el Regional Antenna of Women and Health (con el apoyo financiero del Canadian International Development Agency) empezó un proyecto piloto en pueblos seleccionados de Burkina Faso para alentar a los hombres a que ayuden con los quehaceres domésticos. Los resultados parecen indicar que la división sexual del trabajo es más flexible de lo que habrían pensado los y las pesimistas.

Uno de los hombres que participó en el proyecto cuenta que los hombres enfrentan dificultades cuando deciden ayudar a sus mujeres después de asistir a la capacitación y los grupos de discusión realizados por el proyecto. “Cuando empezamos a cargar agua y recoger leña, hasta las y los niños se rieron de nosotros porque nunca habían visto esto.” Sin embargo, los ancianos jefes reconocieron que no había ningún tabú contra los hombres haciendo tareas domésticas. Después de las dificultades iniciales, ayudar a las mujeres ha resultado un hábito y los hombres se están beneficiando: “Nuestras mujeres son más limpias, más inteligentes, tienen algún tiempo para preocuparse de ellas mismas y están más relajadas.” Tanto las mujeres como los hombres dicen que hablan de sus problemas más frecuentemente. Es interesante que los hombres ahora quieren conseguir bicicletas y carretillas para que cargar leña e ir por agua sea menos agotador.

Fuente: “Femmes et Santé”, no. 5, noviembre del 1993, Ouagadougou, Burkina Faso.

Conseguir el apoyo de los hombres para la maternidad segura

Los hombres desarrollan un interés en la salud reproductiva de las mujeres cuando aprenden más sobre cómo pueden ayudar a asegurar un embarazo y parto seguro. Hay evidencia de que una mejor SSR puede reducir la mortalidad peri natal. En la India, la educación prenatal a padres futuros llevó a una frecuencia elevada de visitas prenatales a clínicas.³⁴² También hay un potencial claro para un papel mucho más importante de los hombres en iniciativas de maternidad segura.³⁴³ Las nuevas iniciativas en Zimbabwe para involucrar a los hombres en la atención prenatal se enfocaron en brindar consejería a mujeres embarazadas y sus parejas y en organizar actividades comunitarias con hombres. Los hombres expresaron un gran interés en el programa, diciendo que el embarazo no debe ser un misterio, pero al mismo tiempo expresaron su preocupación por la pérdida del respeto por participar en un “tema de mujeres”. El estudio descubrió que mientras el embarazo progresa, también se disminuye

³⁴² V. Bhalerao et ál., “Contribution of the Education of Prospective Fathers to the Success of Maternal Health Care Programmes”, *Journal of Postgraduate Medicine* 30, núm. 1, 1984.

³⁴³ S. Becker y J. C. Robinson, “Reproductive Health Care: Services Oriented to Couples”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 61, núm. 3 (1998): 275–81; J. Foubmi y R. Lovich, “The Role of Men in the Lives of Children”, documento de trabajo, Interdivisional Working Group on the Role of Men, UNICEF, diciembre de 1997.

la actividad sexual, lo cual lleva a menos intimidad y más dificultades con la comunicación.³⁴⁴ En Senegal, las mujeres también estaban interesadas en el mayor involucramiento de los hombres; sin embargo, usaban las visitas prenatales como oportunidades para moverse con libertad; también les dieron a las mujeres acceso más fácil al dinero para satisfacer las necesidades de salud. Por lo tanto, es importante estar consciente de la tensión entre la autonomía de la mujer y la participación del hombre, y llevar a cabo más investigaciones de intervenciones.³⁴⁵

La promoción de políticas para cambios en las áreas de sexualidad, cuidado de niños/as, y violencia

La promoción es necesaria para asegurar que las políticas y leyes sean revisadas, reformadas y reorganizadas para la operalización efectiva de servicios de salud reproductiva y derechos desde una perspectiva de género. Se requiere promoción para aumentar la conciencia de políticos/as, líderes tradicionales, religiosos/as y comunitarios/as, incluso a profesionales de salud y directores/as de clínicas, sobre las políticas que necesitan ajuste para poder implementar el plan acordado en El Cairo. En muchos países, las leyes y políticas tienden a impedir la creación de alianzas efectivas entre hombres y mujeres. Por ejemplo, se necesitan resultados para proveer el acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva a hombres jóvenes, y para hacer que los sistemas de aplicación de las leyes consideren la coerción sexual como un crimen.

Existen varias iniciativas de advocacy en Asia del Sur que trabajan con hombres para acabar con la violencia contra las mujeres y las jóvenes. UNICEF, UNIFEM y UNDP patrocinaron una reunión regional en Katmandú sobre “Ending Violence against Women and Girl in South Asia” (Acabar con la violencia contra las mujeres y las jóvenes en Asia del Sur) en el 1997. La conferencia produjo el “Kathmandu Commitment on Ending Violence Against Women and Girls in South Asia” (Compromiso de Katmandú para acabar con la violencia contra las mujeres y las jóvenes en Asia del Sur), el cual dice: “Nosotros los hombres, reconociendo que ningún cambio sostenible puede tomar lugar sin que nosotros abandonemos las ideas tradicionales de superioridad del hombre, nos comprometemos a crear nuevos modelos de masculinidad. Trataremos de quitarnos la armadura y evolucionar hacia un ser más desarrollado y completo. Urgimos a los cuerpos internacionales a que

³⁴⁴ J. Pulerwitz, “Involving Men in HIV/AIDS and Reproductive Health Programmes” (presentación de los resultados del Horizons Project en la reunión MotherCare sobre Key Behaviour in Maternal Health and Survival, Washington, DC, mayo de 2000).

³⁴⁵ Ibid.

se enfoquen en y exploren las consecuencias destructivas de la patriarca”.³⁴⁶ El compromiso también hace un llamado a la South Asia Association for Regional Co-operation (SAARC) y sus países miembro a cumplir con y construir sobre los compromisos de la reunión de los hombres para adoptar una convención regional.

El cambio de las normas sociales que permiten el uso de la violencia contra de las mujeres por parte de los hombres

Cada vez más, el tema de la violencia basada en género recibe la atención de defensores/as. Se puede movilizar a los hombres a que opongan la violencia contra las mujeres, y a que apoyen los derechos humanos de las mujeres. Los esfuerzos por cambiar la cultura de la violencia requieren cambios sociales y de actitudes, no sólo la aplicación de leyes.

Los hombres—que tienden a dominar el sistema legal—están involucrados en la promoción de la ratificación de CEDAW en sus países y en el estudio de la convención para poder monitorear violaciones y hacer cumplir con la ley. Asimismo, las legislaturas de muchos países—también compuestas principalmente por hombres—están reformando leyes para promover y proteger los derechos reproductivos

Hasta la fecha, la mayoría de los programas de intervención que tratan la violencia se enfocan en atender a las sobrevivientes. Todavía no se ha podido responder a las preguntas sobre cómo enfrentar el tema de la violencia con hombres perpetradores de manera efectiva y constructiva dentro del ambiente de salud reproductiva. Algunas investigaciones contribuyen al desarrollo de currículos que contemplan la violencia como parte de la identidad masculina, y que informan a hombres y mujeres sobre la percepción errónea de que la violencia es una condición natural o biológica de los hombres. Actividades recientes con base popular han empezado a dirigirse a perpetradores masculinos de violencia. En total, estas iniciativas requieren de una inversión a largo plazo para que ocurra algún cambio de comportamiento.

³⁴⁶ R. F. Hayward, “Needed: A New Model of Masculinity to Stop Violence against Girls and Women” (trabajo presentado al Simposio Global del OMS sobre la Violencia y la Salud, 12–15 de octubre de 1999, Kobe, Japón), p.12.

Alianzas con la sociedad civil en el área de violencia sexual y doméstica

Temas tan difíciles como la violencia requieren de alianzas para implementar enfoques innovadores. A continuación hay algunos ejemplos de trabajo en esta área:

La Jamaica Family Planning Association (Famplan) es una de las pocas organizaciones de salud reproductiva que está trabajando con perpetradores de violencia para reducir los efectos dañinos de la violencia doméstica. Trabajó en colaboración con el sistema de cortes y con oficiales que vigilan las personas que están en libertad condicional en la iniciativa “Brothers for Change” (Hermanos para el cambio) en St. Ann’s. Una encuesta de base con 200 participantes proveyó retroalimentación útil. Después de la capacitación con Famplan, el personal en un reformatorio en St. Ann’s llevó a cabo sesiones con prisioneros sobre la salud sexual y reproductiva y la violencia doméstica. A pesar de un incremento en los números de participantes, la participación de perpetradores en la consejería fue menos que la esperada y fue irregular; al contrario que la retroalimentación inicial, los hombres aceptaron facilitadoras femeninas pero para ellos el programa fue una imposición que les ofendió. A pesar de su posición, la mayoría de los participantes reportaron que el programa fue muy beneficioso, particularmente en proveer opciones para el comportamiento; lo que aprendieron en estas sesiones los hará pensar antes de hacer algo violento. En el futuro, el proyecto planea sensibilizar a jueces y juezas y oficiales de vigilancia a nivel nacional y también planea producir un programa de radio interactivo.³⁴⁷

La Family Planning Association of Trinidad and Tobago utilizó “Short Change” (Pequeño cambio) como una herramienta para introducir una discusión sobre la violencia basada en género con hombres adultos y adolescentes. Esta obra de teatro interactivo presenta un hombre que justifica la violencia contra las mujeres, alienta al hijo a que busque una mujer como las que ve en las revistas pornográficas, y echa a la hija de la casa cuando ella queda embarazada. Como parte de la producción, el personaje principal pregunta al público qué piensan sobre cómo los hombres se portan con las mujeres, cómo piensan que los hombres *deben* comportarse con las mujeres, y qué deben hacer los hombres para cambiar.³⁴⁸

En la República Dominicana, la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (Profamilia/DR) trabajó para promulgar una ley contra la violencia doméstica. Después, Profamilia trabajó con el FNUAP para diseminar información sobre la nueva legislación a hombres y mujeres produciendo y diseminando una versión simplificada e ilustrada de la ley.³⁴⁹

Preocupados por el número de delincuentes sexuales, el Servicio de Prisiones de Dominicana buscó asistencia técnica del Dominican National Council of Women (DNCW) para poder incorporar un enfoque nuevo a la violencia doméstica dentro del contexto de la nueva Acta Contra los Delincuentes Sexuales. La meta del proyecto fue educar a prisioneros sobre la realidad del abuso sexual y cómo afecta a mujeres y niños/as. Con la aprobación de las autoridades de la prisión, los prisioneros hombres participaron en el diseño del proyecto. El proyecto en la prisión se lleva a cabo al mismo tiempo que el proyecto comunitario de DNCW de Intervención en Crisis, lo cual da asistencia a comunidades sobre cómo enfrentar la creciente misoginia, particularmente entre hombres adultos y jóvenes que ya han sido abusivos con mujeres y jóvenes femeninas.³⁵⁰

En Brasil, Estudos e Comunicação em Sexualidad e Reprodução Humana estableció y está capacitando a miembros de Delegacias de Mulher, una unidad especial dentro de la policía que es responsable por responder a denuncias de violencia, incluyendo la violencia sexual contra las mujeres. Las actividades de capacitación y los talleres sensibilizan a policías masculinos con las necesidades especiales de mujeres que buscan su ayuda.³⁵¹

³⁵⁰ D. Noel-De Bique, “The Caribbean: NGO Partnerships for Advancing Male Responsibility in Implementing the Goals of the ICPD”, en *HERA: Health, Empowerment, Rights & Accountability, Confounding the Critics: Cairo, Five Years On* (informe de la conferencia, Cocoyoc, Morelos, México, 15–18 de noviembre de 1998).

³⁵¹ AVSC International y IPPF/WHR, “Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas” (resumen de literatura, Oaxaca, México, octubre de 1998), p. 15.

El cambio de las regulaciones de servicios a través de alianzas estratégicas con líderes masculinos de opinión

Muchas veces se les llama a los hombres los “guardabarreras” porque desempeñan tantos papeles de poder en la sociedad como maridos, padres, tíos, líderes religiosos, médicos, políticos y líderes locales y nacionales. En estas capacidades, los hombres pueden controlar las decisiones claves y el acceso a la información y los servicios de salud, las finanzas, el transporte y otros recursos. Las personas encargadas de formular políticas, gerentes de programas, trabajadores/as de salud y otros tipos de proveedores pueden bloquear la participación masculina.

A nivel de programas, las clínicas pueden desalentar a los hombres y adolescentes a que busquen servicios. Para que los hombres y las mujeres puedan disfrutar de un acceso libre a los servicios y la atención de salud reproductiva de alta calidad, es necesario quitar estas barreras legales y políticas. Los y las proveedores/as de salud a todos los niveles pueden negar servicios o suministros a individuos por causa de prejuicios, políticas arbitrarias o atención inadecuada a las necesidades de clientes; muchas veces, el personal clínico no está consciente de sus propios prejuicios.

Específicamente, muchos y muchas proveedores/as de salud carecen de la información y capacitación adecuada para proveer atención a los hombres.³⁵² Esto puede deberse a los valores culturales y políticos conservadores, la creencia convencional de que los hombres no están interesados en temas relacionados a la salud reproductiva, o simplemente a la suposición de que la planificación familiar es la responsabilidad de la mujer. Para superar esto, se requiere el advocacy, que también es una herramienta útil para introducir o ampliar enfoques de entrega de servicios que han pasado la prueba de llegar y atraer a los hombres. Los y las participantes en un seminario llevado a cabo por AVSC sugirieron que los mensajes desarrollados para llegar a estos grupos deben ser diseñados específicamente para tratar temas culturales y políticos, y por lo tanto tal vez no serán iguales a los mensajes diseñados para llegar a clientes potenciales.³⁵³

En Malí, la Association de Soutien au Développement des Activités de Population trabajó con el proyecto del Centre for Development and Population Activities/ACCESS para ampliar los servicios comunitarios de planificación familiar y para alentar a que los hombres jóvenes participaran. Con el

³⁵² M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”.

³⁵³ M. Wegner et ál., “Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action”, International Family Planning Perspectives 24, núm. 1 (marzo de 1998): 38–42.

apoyo de líderes tradicionales, se capacitó a voluntarios hombres para que distribuyeran anticonceptivos y proveyeran información sobre la salud reproductiva, incluso la prevención de ETS/SIDA, los comportamientos de alto riesgo, y el uso de condones. El proyecto aumentó el interés de los hombres en la salud de madres y niños/as y llevó a un mayor interés en los métodos modernos para espaciar hijos.³⁵⁴

Las adaptaciones creativas por instituciones existentes pueden crear nuevas oportunidades para hacer cambios. En la India, el Family Welfare Education and Services organiza clubes de hombres y de madres para apoyar la salud reproductiva. Los hombres discuten temas como el alcoholismo, el fumar, la malnutrición, la planificación familiar y la capacidad de leer y escribir de las mujeres. Las suegras en la India tienen una influencia importante en los hogares; el proyecto les alienta a promover la nutrición y atención adecuadas de niños/as y a motivar a sus hijos a que traten mejor a sus esposas porque “solamente una mujer feliz y sana produce un/a niño/a sano/a”.³⁵⁵

El trabajo del FNUAP con el sistema de justicia

Como parte de los esfuerzos para cambiar la persistente resistencia cultural a la idea de igualdad de género, en Togo, más de 300 para-juristas y juristas asistentes fueron capacitados e informados sobre el concepto de género y los derechos de la mujer. El FNUAP en Malí sensibilizó a los y las tomadores de decisiones y líderes religiosos a través de visitas de estudio y talleres. Adicionalmente, se llevó a cabo un estudio de la percepción de los hombres sobre la mutilación de los genitales femeninos. En Marruecos, en colaboración con el Ministerio de Justicia, el FNUAP empezó un proyecto piloto para recopilar y analizar datos sobre la violencia contra las mujeres como asuntos penales en Casablanca. Se recopila información sobre estos casos y se analizan a las condiciones relevantes. Se utilizarán los resultados para sensibilizar a los y las tomadores de decisiones, magistrados, jueces, la policía, profesionales de salud e investigadores para posibilitar acciones coordinadas e integradas contra la violencia.

Fuente: FNUAP, “Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in the Africa Region” (informe de progreso para el Sixth Africa Regional Conference on Women, Addis Ababa, 22–26 de noviembre del 1999).

³⁵⁴ K. L. Mojidi, “Increasing Male Participation: Lessons from Mali, Kenya and Nigeria” (trabajo presentado en la Conferencia sobre Lecciones Aprendidas de ACCESS, CEDPA, Washington DC, 18–19 de junio de 1998).

³⁵⁵ S. Raju y A. Leonard, eds., *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality* (Population Council South and East Regional Office, 2000).

La creación de coaliciones con hombres y para hombres: las redes masculinas

Una intervención de advocacy incluye la creación de coaliciones y redes. Ejemplos de grupos que tienen intereses similares sobre los hombres y la equidad de género dentro del contexto de la salud y los derechos reproductivos con quienes se podría crear coaliciones incluyen redes masculinas en Suecia o los Daddies Clubs (grupos de padres) en Gana. El propósito de las redes suecas es parar la violencia y el abuso de los hombres contra las niñas, los niños, las mujeres y otros hombres. Otros ejemplos incluyen Padare, un foro para hombres en Zimbabwe que trabaja conjuntamente con el Zimbabwe Women's Resource Centre and Network para promover la autonomía de las mujeres y la igualdad en todos los aspectos de la sociedad, y para alentar a los hombres a que participen en la prevención de la violencia contra las mujeres y las muchachas adolescentes; el Grupo de Hombres Contra la Violencia, en Nicaragua; y CORIAC, la Colectiva Mexicana de Hombres para las Relaciones Iguales, en México.

A nivel internacional, los hombres que simpatizan con el género están haciendo una campaña para aumentar la conciencia de los hombres sobre el problema de actos de violencia perpetrados por muchos hombres, principalmente contra las mujeres pero también contra las y los niños y contra otros hombres.³⁵⁶ Por ejemplo, la Campaña White Ribbon (Cinta Blanca) empezó en Canadá como un pequeño grupo de discusión con hombres para promover la conciencia entre los hombres de la violencia doméstica. Ahora, hay grupos afiliados en Australia, Finlandia, Noruega, los Estados Unidos y América Latina urgiendo que los hombres lleven una cinta blanca como una promesa pública de nunca cometer, condonar o mantener silencio sobre la violencia contra las mujeres.

La meta de la Campaña White Ribbon es hacer que los hombres públicamente tomen parte en la lucha contra la violencia contra las mujeres, rompan el silencio y la complicidad entre los hombres, y contribuyan al cambio de los modelos masculinos. Representa la primera campaña internacional que busca incluir a los hombres en la prevención de la violencia contra las mujeres. En Canadá, donde la campaña ha generado la mayor atención, el grupo ha logrado incluir a líderes hombres—de negocios, de los medios de comunicación, del mundo de la diversión, y de los deportes—a asociar sus nombres con la campaña. El grupo también ha tenido éxito en involucrar a hombres provenientes de una variedad de antecedentes políticos y ha forjado enlaces importantes con grupos de mujeres siguiendo la estrategia sencilla de escuchar y respetar a las mujeres.

³⁵⁶ Véase la página Web: www.chebucto.ns.ca/CommunitySupport/Men4Change/index.htm.

Una afiliada mexicana de esta campaña, CORIAC, ha utilizado los mensajes siguientes: “Rechazar todas las formas de violencia hacia las mujeres”; “Romper el silencio y la complicidad con hombres violentos”; “Construir relaciones equitativas entre hombres y mujeres”; y “Ser violento contra las mujeres no nos hace más machos”.³⁵⁷

La campaña “White Ribbon” (Cinta blanca)

- “Urgimos a que los hombres alrededor del mundo lleven una cinta blanca, o exhiban una cinta blanca en su casa, en su vehículo o en el lugar de trabajo por una semana de cada año. ... Llevar una cinta blanca es una promesa pública de nunca cometer, condonar o mantener silencio sobre la violencia contra las mujeres. La cinta blanca simboliza una llamada a cualquier hombre violento a que rinda sus armas en la guerra contra nuestras hermanas.”
- “Pedimos a las uniones, las asociaciones profesionales, los grupos estudiantiles, las corporaciones, las instituciones religiosas, los medios masivos de comunicación, y las organizaciones no gubernamentales a que hagan prioridad de este asunto.”
- “Urgimos a los gobiernos a que promulguen leyes comprensivas contra todo tipo de violencia contra las mujeres y que financien programas para sobrevivientes de esta violencia, programas como refugios para mujeres maltratadas y centros de crisis para la violación, y programas de atención a hombres violentos.
- “Exigimos programas educativos masivos en las escuelas y en los lugares de trabajo, para policías y jueces, sobre el tema de la violencia de los hombres.”
- “Creemos que el respeto a las muchachas jóvenes y mujeres y la igualdad entre hombres y mujeres son precondiciones para acabar con la violencia.”
- “Urgimos a los hombres a que organicen Campañas White Ribbon locales y nacionales, abiertas a todos los hombres y muchachos jóvenes de todo el espectro político, social y económico.”
- Este grupo también urge a que los hombres “empiecen a escuchar... Aprendan sobre la violencia preguntando a una mujer que tiene confianza en ti sobre cómo la violencia ha afectado su vida”.
-

Fuente: www.whiteribboncampaign.ca

La creación de un debate sobre el papel y las responsabilidades de los hombres

Para cambiar la cultura de la sociedad sobre los papeles de género, se necesita un debate nacional sobre los temas de interés relacionados y alternativas deseadas. Es importante que la meta de actividades de educación y comunicación sea estimular la reflexión y discusión en vez de persuadir y convencer a la gente a que adopten soluciones ya hechas. El cambio sólo puede surgir del grupo, que conoce mejor lo que es factible y lo que puede funcionar. Por lo tanto, una meta clave es ayudar

³⁵⁷ Afiches de CORIAC; para más información, escriba a coriac@laneta.apc.org.

al grupo a llegar a sus propias ideas para soluciones³⁵⁸ El Panos Institute ha llevado a cabo investigaciones extensas sobre los hombres y el SIDA, y ha concluido que el cambio de comportamiento sólo puede tener éxito a través de un debate informado y comprensivo sobre los valores masculinos. El instituto propone tres principios para lograr resultados exitosos:

1. El cambio de valores no puede ser impuesto desde fuera. Los programas internacionales para el SIDA, los y las líderes políticos o religiosos, las instituciones y organizaciones fuera de una sociedad que trabajan con el desarrollo, el VIH, el tema gay o la religión solamente pueden proveer los recursos que permiten que el debate tome lugar; no pueden “imponer resoluciones o prejuizar los resultados”.
2. El debate debe incluir individuos que son marginados por la sociedad; por ejemplo, los y las usuarios de drogas, gays, y hombres y mujeres seropositivos.
3. La discusión sobre la masculinidad, o lo que significa ser hombre, debe tomar lugar en todos los sectores de la sociedad: entre esposos y esposas; entre hombres solteros; dentro de instituciones, el comercio, los medios de comunicación, las iglesias, las mezquitas y los templos; y también en las asambleas políticas nacionales, estatales y locales.³⁵⁹

El cambio de los estereotipos en los medios de comunicación

Los medios masivos de comunicación constituyen una vía poderosa por la que la gente recibe mensajes sobre la identidad de género y las normas sociales. Un estudio en Uganda encontró que más de la mitad de los hombres que participaron en el estudio identificaron la radio como la fuente principal de información sobre temas relacionados a la salud reproductiva. El 20 por ciento de ellos consigue información de periódicos diarios, y casi un cuarto la logra de la televisión.³⁶⁰ El trabajo con los medios masivos incluye alentar las representaciones de papeles de género no estereotípicos—tales como hombres cariñosos, mujeres competentes, y hombres y mujeres que se apoyan mutuamente—en las novelas de radio, videos, películas o testimonios para promover la igualdad de género y alianzas entre hombres y mujeres.³⁶¹ Sin embargo, la promoción de la salud sexual y reproductiva a través de los medios masivos puede ser problemática. Un proyecto de promoción de la vasectomía en Kenia tuvo que hallar modos creativos de transmitir cuñas radiales y

³⁵⁸ J. du Guerny et ál., “Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle”, FNUAP TSS trabajo de discusión, diciembre de 1998, p. 17.

³⁵⁹ M. Foreman, ed., “AIDS and Men”, p. 44.

³⁶⁰ M. Thuo, “Male Involvement and Participation in Reproductive Health in Uganda: Summary of the Research Findings”, FNUAP Country Support Team, Addis Ababa, 1999, p. 18.

³⁶¹ F. Chikara, “The Role of IEC in Reinforcing or Changing Gender Stereotypes”.

televisivas para promover clínicas que ofrecían información al respecto y servicios de planificación familiar para hombres porque el Kenya Broadcasting Corporation se negó a transmitir estos anuncios. Los “guardabarreras” de los medios en Kenia temían que la transmisión de la información sobre la vasectomía produciría una reacción negativa del público. No obstante, el proyecto logró transmitir el mensaje en anuncios impresos con información sobre la vasectomía en periódicos y en una revista. Los resultados superaron todas las expectativas, con más de 800 solicitudes por escrito pidiendo información adicional que llegaron de todas partes del país.³⁶²

Se deben organizar actividades que sensibilicen a los y las especialistas de los medios y para coordinar la colaboración de los medios masivos en la promoción de la salud reproductiva y el papel de los hombres. Los resultados de investigaciones pueden ser utilizados para promover argumentos convincentes a favor de la participación masculina en la salud reproductiva a lo largo del ciclo vital. Se puede desarrollar o fortalecer alianzas con partícipes, líderes nacionales y comunitarios, modelos a imitar, y grupos de interés nacional y local. Los programas también pueden apoyar la selección de portavoces claves de todas las clases sociales para promover la participación masculina en la salud reproductiva en situaciones diversas y con grupos de interés diversos.³⁶³

El comportamiento individual cambia a través de estrategias de información, educación y comunicación (IEC)

El resultado esperado de un programa de IEC es un cambio en las actitudes, valores, comportamientos o normas individuales o comunitarias. La planeación estratégica de IEC requiere la interpretación de objetivos de igualdad de género a resultados precisos de comportamiento dirigidos a superar obstáculos y a resolver problemas.

La necesidad de comprender el comportamiento de individuos hombres a través de la investigación

La experiencia de programas llevados a cabo en la última década demuestra que la comunicación puede instigar cambios beneficiosos en el comportamiento de salud de los hombres.³⁶⁴

Actualmente, hay una base científica para sentirse optimista de que las actitudes sobre la salud reproductiva de los hombres en varios países, a pesar de su comportamiento de alto riesgo, están

³⁶² D. J. Wilkinson et ál., “Using the Newspaper to Disseminate Vasectomy Information in Kenya”, *Knowledge into Action: A Guide to Research Utilization* 14, núm. 2 (1993–94): 165.

³⁶³ J. du Guerny et ál., “Male Involvement in Reproductive Health”, p. 17.

³⁶⁴ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, *Reaching Men Worldwide*, p. 50.

cambiando. Hay evidencia de una tendencia demográfica en los comportamientos de alto riesgo de los hombres adolescentes y jóvenes. La alta tasa de infección con el VIH parece ser producto de una mayor toma de riesgos y la ignorancia continua, o de la ignorancia intencional sobre medidas que un individuo podría tomar para protegerse de la enfermedad. El resultado es curioso porque hay una alta visibilidad de campañas sobre el SIDA y hay esfuerzos continuos de la sociedad y de la profesión médica en general en países como los Estados Unidos y Holanda.³⁶⁵

Para identificar las oportunidades de inducir el cambio, los y las comunicadores/as necesitan recopilar o tener acceso a la información que les ayudará a entender: (1) la formación de la identidad masculina en contextos específicos, particularmente con relación a los temores e inseguridades sexuales, el ejercicio del poder en relaciones sexuales y de género, ritos de iniciación, y comportamiento de riesgo; (2) las percepciones de los hombres sobre su propia sexualidad, sus comportamientos de buscar la salud, y sus perspectivas a través de las varias etapas del ciclo vital; (3) las dinámicas de negociación y toma de decisiones de parejas, incluso las estrategias para resolver desacuerdos, cómo los hombres se relacionan a los asuntos de salud reproductiva de las mujeres, y qué determina cómo los hombres hacen decisiones relacionadas.

En América Latina, la IPPF investigó cómo algunos hombres perciben la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva en un estudio llevado a cabo en Ecuador, El Salvador y Venezuela. Los resultados indican que los hombres no tienen un conocimiento claro sobre la salud sexual y reproductiva y que creen que estas dos son más o menos equivalentes. Los hombres relacionaron los dos términos al bienestar físico, la higiene, las prácticas sexuales “normales”, y la capacidad de producir hijos/as sanos/as. Entendieron la planificación familiar como la elección del número de hijos/as que tener y cuándo tenerlos, y mencionaron la comunicación entre parejas como un factor importante en la planificación de la familia. Mencionaron también los factores económicos y religiosos como consideraciones en la planificación familiar. Notablemente, unos cuantos hombres plantearon temas como la comunicación, el respeto, la eliminación de la violencia, la madurez y la necesidad de educar a los y las jóvenes. Pero no mencionaron las relaciones de género, la sexualidad y el placer sexual. Información adicional que fue adquirida del estudio incluye las características de las parejas casuales y estables de los hombres, cómo los hombres se comunican sobre el sexo, su conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y las ITS, y sus

³⁶⁵ G. Herdt, “Sexual Cultures and Population Movement”, p. 15.

preferencias por la entrega de servicios.³⁶⁶ Este estudio es un ejemplo del tipo de investigación que se puede hacer fácil y rápidamente y que incluye a los partícipes. Una vez que se obtienen estas condiciones de información e investigación, los programas pueden desarrollar estrategias de comunicación apropiadas dirigidas a hombres y parejas.

El mejoramiento de la comunicación y negociación entre parejas sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva

El mejoramiento de la comunicación entre esposas/parejas sobre asuntos domésticos y temas considerados como privados—o sólo para mujeres, o sólo para hombres—es un proceso clave en mejorar las responsabilidades comunes y la toma de decisiones en común.³⁶⁷ Un objetivo importante para programas de PMSSR&R es incrementar la comunicación entre parejas. La comunicación permite que los esposos y las esposas conozcan las actitudes del/la otro/a sobre la planificación familiar y el uso de anticonceptivos. Permite que planteen sus preocupaciones sobre temas relacionados con la salud reproductiva, tales como preocupaciones sobre los embarazos no deseados o las ETS. La comunicación también puede alentar la toma de decisiones conjunta y papeles de género más equitativos.³⁶⁸ Las dinámicas entre parejas sexuales juegan un papel crítico, por ejemplo si la pareja se habla francamente sobre la protección contra la enfermedad y el embarazo no deseado, y si las relaciones sexuales son voluntarias para las dos personas.³⁶⁹

Muchas veces, las intervenciones exitosas sobre la salud sexual se enfocan en la pareja como una unidad en vez de enfocarse en cada sexo individualmente. Las estrategias basadas en la pareja tienden a tener mejores resultados en la salud materno-infantil, la planificación familiar, y la prevención y tratamiento de ETS.³⁷⁰ La consejería orientada hacia la pareja enfatiza la responsabilidad igualitaria en la toma de decisiones sobre el sexo y destruye el mito de que el embarazo y las ETS son problemas sólo para las mujeres.³⁷¹ Sin embargo, los programas que utilizan un enfoque hacia la pareja deben ser

³⁶⁶ IPPF/RHO, “Men in Latin America: How They View Family Planning, Sexual Health, and Reproductive Health”, informe de grupos focales, 1997.

³⁶⁷ SIDA, “Men’s Voices, Men’s Choices: Sexuality, Fatherhood and Male Identity in a Changing Society” (informe de un seminario regional en Lusaka, Zambia, 11–13 de enero de 1999).

³⁶⁸ M. Drennan et ál., “New Perspectives on Men’s Participation”.

³⁶⁹ W. R. Finger, “Condom and Behaviour Change”, *Network* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998).

³⁷⁰ S. Becker, “Couples and Reproductive Health: A Review of Couple Studies”, *Studies in Family Planning* 27, núm. 6 (noviembre/diciembre de 1996): 291–306.

³⁷¹ R. Danielson, “Couple-Friendly Care: Paradigm for Reproductive Health Promotion” (trabajo presentado en la reunión anual del American Public Health Association, San Diego, California, noviembre de 1995), p. 7.

diseñados cuidadosamente para no perjudicar la autonomía y auto-determinación de la mujer cuando ella no está de acuerdo con su pareja masculina.³⁷²

Intervenciones para aumentar la toma de decisiones compartida y la comunicación

Recientemente, varios proyectos han facilitado la comunicación entre esposos y esposas, utilizando reuniones comunitarias, agentes de alcance o enfoques de educación-diversión en los medios masivos de comunicación. Por ejemplo, en Bangladesh el proyecto Jiggasha utiliza las redes rurales de comunicación ya existentes para hacer que la discusión sobre la salud reproductiva sea más aceptable a la cultura y fomentar mayor comunicación entre hombres y mujeres.³⁷³ Jiggashas son grupos de discusión basados en los pueblos y compuestos por hombres o por mujeres; los sexos se reúnen por separado. Los jiggashas crean un lugar cómodo donde los hombres y las mujeres pueden hacer preguntas sobre la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y la salud reproductiva. Trabajadores de campo capacitados específicamente para este proyecto colaboran con líderes de opinión masculinos y femeninos en los pueblos para enseñar sobre los métodos anticonceptivos, responder a preguntas, distribuir anticonceptivos, y hacer referimientos. También alientan a los hombres y las mujeres a que hablen con sus esposos/as sobre la planificación familiar. Resultados de una encuesta de seguimiento sugieren que el enfoque de jiggasha complementó los esfuerzos existentes en el área de planificación familiar por parte de los y las trabajadores de campo. En los pueblos donde había trabajadores/as de campo y jiggashas, la tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA) aumentó del 38 por ciento al 56 por ciento. En los pueblos donde había trabajadores/as de campo pero no había jiggashas, la TPA aumentó del 26 por ciento al 32 por ciento.³⁷⁴

En las áreas rurales de Honduras, un programa de extensión agrícola ofrece un ejemplo de una manera de bajo costo para incluir a los hombres en la salud reproductiva e incrementar la comunicación entre parejas sobre la planificación familiar. Trabajadores/as de extensión remunerados se reunieron con campesinos/as y utilizaron un manual interactivo para hablar sobre la salud reproductiva. En algunas áreas, también se les dio a las parejas un panfleto diseñado para ayudar a las esposas y los esposos a planear sus metas de planificación familiar a largo plazo. En las dos áreas, la comunicación entre los esposos y las esposas mejoró. El porcentaje de mujeres que reportaron haber discutido la planificación familiar con sus esposos aumentó del 36 por ciento al 50

³⁷² S. Becker y J. C. Robinson, "Reproductive Health Care", pp. 275–81.

³⁷³ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, *Reaching Men Worldwide*.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 50.

por ciento. El porcentaje de parejas que reportaron haber discutido las ETS y el VIH aumentó del 42 por ciento al 54 por ciento.³⁷⁵

En Tanzania, una novela de radio financiada por el FNUAP trata la salud reproductiva, incluso la planificación familiar, la salud sexual y la prevención del VIH/SIDA. El programa, llamado “Twende na Wakati” (TNW, “Cambiemos con los tiempos”), fue uno de los primeros proyectos de educación-diversión que se enfocó tanto en la planificación familiar como en la prevención del VIH/SIDA. El proyecto TNW tuvo efectos importantes sobre el comportamiento y la comunicación—incluso la comunicación entre esposos/as—de los y las radioescuchas sobre la fertilidad. Un 61 por ciento de los y las radioescuchas en el área de tratamiento dijeron que habían hablado con otra persona, generalmente un/a amigo/a o esposo/a, sobre el programa TNW. La mayoría reportó haber hablado sobre el contenido relacionado a la planificación familiar y el VIH/SIDA de TNW. Por lo tanto, la novela educativa-amenizadora estimuló considerablemente la comunicación entre pares sobre la prevención del VIH/SIDA y la planificación familiar, particularmente entre individuos que habían escuchado el programa. Este tipo de comunicación estimulada por los medios masivos fue un factor muy importante en el cambio del comportamiento de planificación familiar y prevención del VIH/SIDA de los y las radioescuchas.

Recomendaciones estratégicas sobre la comunicación: lecciones aprendidas de la experiencia

Diversidad y segmentación de la audiencia

“Los hombres, como las mujeres, constituyen un grupo muy diverso. Algunos hombres están en relaciones mutuamente fieles y de largo plazo con mujeres; algunos tienen relaciones sexuales de vez en cuando con hombres y con mujeres; algunos hombres tienen relaciones de largo plazo y de compromiso con otros hombres. Muchos hombres son padres. Muchos trabajan en ambientes que les ofrecen prestigio y pago adecuado, mientras que otros emigran para conseguir trabajo o trabajan en situaciones peligrosas. Otros provienen de grupos sociales desventajosos. Debemos reconocer esta complejidad cuando intentamos involucrar a los hombres.”³⁷⁶

³⁷⁵ CARE, “Strategies to Involve Men in Reproductive Health Care: From Farm Management to Family Management” (de *Frontiers in Reproductive Health*, Biblioteca electrónica, 1990–1999), mayo de 1998.

³⁷⁶ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

Los hombres también tienen creencias diversas, y las diferencias en actitudes sobre la salud reproductiva pueden ser más grandes entre hombres que entre hombres y mujeres.³⁷⁷ Como en el advocacy, la identificación de las categorías de audiencias, los mensajes y los enfoques específicos es un paso crítico en programas de IEC para los hombres. Reconocer la diversidad de los hombres en todas sus dimensiones—edad, niveles de educación, estatus socio-económico, situación familiar, ambiente de trabajo, creencias religiosas y costumbres tradicionales—y decidir cómo llegar a y satisfacer las necesidades de estas categorías diferentes de hombres son pasos claves en el desarrollo de programas de IEC. Tales programas deben utilizar diversos canales de comunicación para llegar a los hombres en la casa, en el trabajo, en eventos religiosos y sociales, en las escuelas, en centros comunitarios y en cualquier otro lugar donde reciban mensajes educativos o comerciales.³⁷⁸

³⁷⁷ M. E. Greene y A. Biddlecom, “Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles” (trabajo presentado al seminario del IUSSP/CENEP sobre “Men, Family Formation and Reproduction”, Buenos Aires, mayo de 1998).

³⁷⁸ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, “Better Together”, p. 3.

Segmentación de las características de los hombres, por edad ³⁷⁹		
Edad 20–35 años	Edad 36–45 años	Edad 46+ años
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencialmente quieren espaciar sus hijos/as—necesidad insatisfecha de PF, particularmente métodos temporales ▪ Gran deseo de tener hijos/as ▪ Es posible que tengan poca comunicación con la pareja ▪ Preocupaciones sobre el aborto inseguro, la necesidad de consejería con la pareja sobre el aborto ▪ Necesita trabajo, ingreso y vivienda ▪ Altamente móvil, podría ser trabajador emigrante ▪ Es ambicioso, mira hacia el futuro ▪ Se les puede llegar a través del grupo de pares, educación en el trabajo, clínicas, los medios masivos, y modelos a imitar ▪ Conscientes de los medios masivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencialmente quieren limitar el tamaño de su familia—necesidad insatisfecha de PF, particularmente métodos a largo plazo o permanentes ▪ Casados, generalmente con el número deseado de hijos/as ▪ Es posible que tengan poca comunicación con la pareja ▪ Potencial de poligamia, frecuentemente con prostitutas (riesgo elevado de VIH/SIDA y ETS) ▪ Establecidos económicamente ▪ Más conservadores que los hombres más jóvenes ▪ Se les puede llegar a través de los grupos de pares, los lugares de trabajo, las clínicas (cuando acompañen a sus mujeres e hijos/as), los medios masivos, y los clubes para hombres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad insatisfecha de información y servicios de anticoncepción permanente ▪ Casados, generalmente con el número deseado de hijos/as ▪ Es posible que tengan poca comunicación con la pareja ▪ Establecidos económicamente ▪ Valores tradicionales ▪ Se les puede llegar a través de los grupos de pares, los lugares de trabajo, las clínicas, los medios masivos, y los clubes para hombres

Programas dirigidos a hombres responsables y cariñosos

El cambio de los comportamientos relacionados con papeles y responsabilidades de género puede necesitar un proceso largo. La resistencia al cambio está muy arraigada, y un encuentro solitario con una idea no es suficiente para resultar en un cambio. Por lo tanto, cuando se promueven cambios en los papeles de género, será importante buscar individuos que sean más receptivos al cambio o a tratar algo nuevo. Puede ser más estratégico que los programas se enfoquen en los hombres que ya son “responsables” respecto a su papel tradicional, y no en los “hombres irresponsables que no apoyan a la salud reproductiva de sus esposas”.³⁸⁰ Ellos son más probables de

³⁷⁹ Ibid.

³⁸⁰ B. Shepard, “Masculinity and the Male Role in Sexual Health”, *Planned Parenthood Challenges* 2 (1996): 11–12.

tomar el riesgo de ir contra la corriente de lo que hacen los demás. También es importante ganar el apoyo de esas personas que ya son conocidas o admiradas por la audiencia blanco³⁸¹.

Más allá de los mensajes sencillos y estándares sobre la prevención del VIH: la inclusión de un enfoque basado en la sexualidad

Un enfoque basado en la sexualidad toma en cuenta la variedad de relaciones sexuales que una persona o una pareja podría tener, incluyendo parejas pasadas y actuales, y el factor del viaje. A veces, las campañas de prevención del VIH/SIDA sencillamente han promovido la monogamia mutua y el uso de condones como las únicas opciones para la prevención del VIH entre individuos heterosexuales. Sin embargo, la monogamia mutua no es una estrategia de sexo más segura en sí misma. En campañas previas de prevención del VIH, no se han reconocido de manera suficiente a las parejas múltiples de los hombres.

Solamente la monogamia mutua y sostenida entre dos individuos seronegativos que tienen confianza en este estado puede proveer la protección contra el VIH. Algunas campañas nacionales sobre el SIDA—notablemente la campaña “Love Carefully” en Uganda—han promovido la monogamia o la fidelidad como una manera de reducir el riesgo del VIH. Estas campañas y la conciencia general sobre el VIH pueden llevar a la monogamia de hombres en algunos lugares. Un estudio en Tanzania encontró que el porcentaje de hombres mayores de 25 años de edad que reportaron tener parejas sexuales ocasionales disminuyó a la mitad en dos años.³⁸²

Barker propone el concepto interesante de *seguridad negociada*, donde parejas estables y heterosexuales pueden llegar al acuerdo de usar condones en cualquier relación fuera de la pareja, y de no usarlos en las relaciones sexuales en la pareja a menos como anticonceptivo. Otras parejas heterosexuales son principalmente monógamas pero a veces tienen parejas ocasionales, y deciden no tener relaciones sexuales con penetración con estas parejas fuera de la relación como manera de reducir el riesgo del VIH. Todos estos ejemplos sugieren que prevenir el VIH entre hombres en sus relaciones heterosexuales no es tan sencillo como promover la monogamia y el uso de condones. En lugar de esto, se debe considerar las realidades y los deseos de los dos individuos en la pareja para negociar la actividad sexual más segura.³⁸³

³⁸¹ M. Villarreal et ál., “Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle”, trabajo de discusión del FNUAP TSS, diciembre de 1998, p. 17.

³⁸² G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”.

³⁸³ Ibid.

Por supuesto, un enfoque basado en la sexualidad debe incluir a los hombres que tienen sexo con los hombres. Mientras muchas veces los gobiernos no quieren hacer estos esfuerzos, varias ONG están encabezando estos esfuerzos y necesitan apoyo. “En los últimos 15 años o más, se ha iniciado varios programas en el área de prevención del VIH con los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Estos incluyen programas comunitarios o callejeros para trabajadores de sexo masculinos y sus clientes; programas de alcance para redes de HSH, incluyendo los clubes, las saunas y los baños frecuentados por HSH; y grupos de apoyo para hombres homosexuales seropositivos. Varias organizaciones e iniciativas que trabajan en la prevención del VIH con HSH también han promovido los derechos humanos de HSH, incluyendo el reconocimiento legal de cohabitación de personas del mismo sexo, y han buscado reducir la discriminación contra los HSH en el sector salud y en los lugares de trabajo, incluyendo el Naz Foundation India Trust.”³⁸⁴

¿Cómo se benefician los hombres? Mostrándoles lo que ganan

Tanto los individuos como los grupos de personas con intereses comunes estarán más inclinados a probar los comportamientos que tradicionalmente no están ligados a su género si están convencidos de que tal comportamiento les beneficiará a ellos o a sus familias de manera social, económica o educativa. Similarmente, antes de que los hombres utilicen servicios existentes o nuevos, deben percibir la necesidad de tales servicios y relacionar sus circunstancias individuales a esa necesidad. Esta es la función de la IEC. Puede promover el cambio de comportamiento a través de enfoques diseñados cuidadosamente y ya probados que están basados en la investigación metódica y dirigidos a audiencias específicas, por ejemplo, los hombres jóvenes o casados que quieren tener hijos/as, o los hombres casados que no quieren tener hijos/as. Los programas de IEC para los hombres deben comprender no sólo los obstáculos — físicos, mentales, económicos y políticos— a la participación de los hombres, sino también la importancia de factores que predisponen a los hombres a que sean promotores de la planificación familiar; pero las razones por las cuales un hombre tiene este potencial por lo general no han sido exploradas.

Los estudios y programas no han prestado atención suficiente a lo que representa uno de los desafíos principales a programas de IEC: ayudar a los hombres a que encuentren las *ventajas* de tener relaciones menos jerárquicas con las mujeres. Necesitamos identificar los beneficios *para los hombres* de una redefinición de la identidad masculina hacia una mayor igualdad de género. Tales beneficios podrían derivar de la experiencia de salir de sus papeles, responsabilidades y comportamientos tradicionales. Por ejemplo, la liberación de la presión de ser “hombre” fue

³⁸⁴ Ibid.

identificada por participantes en un seminario como un factor clave en la motivación para cambiar la identidad masculina.³⁸⁵ Estudios sobre la masculinidad demuestran que los hombres se sienten obligados, limitados y encerrados por las nociones de la masculinidad. Sin embargo, hay aspectos buenos de la masculinidad sobre los cuales se pueden construir programas, y también es importante identificar estos aspectos.

El enfrentamiento a las preocupaciones de los hombres y a lo que ellos perciben como sus problemas no significa que se descuide a las mujeres. Es una estrategia que tiene más probabilidad de atraer el interés y participación de los hombres en la solución de problemas que afectan tanto a hombres como a mujeres.

Los hombres se pueden beneficiar de una mayor igualdad de género

Estas son las conclusiones del seminario Sueco-Africano³⁸⁶ sobre la igualdad de género. Los beneficios de una mayor igualdad de género incluyen:

- Más recursos están disponibles porque comparten las responsabilidades financieras
- Existencia de un incremento en ingreso
- Al compartir las responsabilidades hace que la vida sea más fácil tanto para hombres como para mujeres
- Los hombres viven más años cuando tienen una relación amorosa con su esposa
- Los hombres son más felices y se sienten más seguros, y son menos propensos a la depresión, desórdenes mentales y violencia
- Los hombres tienen mayor satisfacción con el trabajo y sienten menos estrés
- Los hombres ganan más tiempo con la familia y lazos más estrechos con sus hijos/as
- Los hombres se vuelven menos agresivos como padres
- Los hombres consiguen la oportunidad de ser individuos en vez de ser un instrumento para la reproducción
- Los hombres pueden estar más íntimos y tranquilos y tener su intimidad sexual
- Los hombres y los muchachos masculinos se beneficiarán al expresar sus emociones

La identificación y promoción de argumentos convincentes

Un error común en la formulación de estrategias para ganar el apoyo de los hombres es imaginar un proceso en que las mujeres se beneficiarán pero los hombres perderán. El énfasis sobre la responsabilidad tiende a llevar a estrategias punitivas o moralistas que podrían provocar una reacción negativa entre hombres. Los hombres pueden ser muy sensibles a cualquier cosa que perciban como un ataque contra ellos. Por ejemplo, los y las participantes en un seminario dijeron

³⁸⁵ A. Wouters, informe de viaje a Zambia.

que el término “responsabilidad masculina” debe ser extirpado de la agenda de igualdad de género porque podría ser entendido como una crítica injusta de los hombres.³⁸⁷

De hecho, en muchos casos lo que se llama “responsabilidad” o “deber” también puede ser propuesto como un derecho.³⁸⁸ En este caso, los derechos de los hombres significarían la libertad de actuar de manera que no sea conformista o machista, la libertad de desviarse de las expectativas y papeles culturales aprendidos, y de tener equilibrio entre las responsabilidades domésticas y de trabajo. Por ejemplo, decir que los hombres tienen el derecho de atender a sus hijos/as recién nacidos/as requiere que se creen las condiciones para que los hombres puedan asumir más responsabilidad. Este postulado puede llevar a estrategias relacionadas con la licencia de paternidad y guarderías. En otra instancia, participantes en un seminario (en Luzaka) concurrieron que dar a los hombres el derecho de expresar sus emociones y sentimientos, y aliviarles de la responsabilidad entera de apoyar económicamente a la familia, serían componentes claves y remuneradores de una identidad masculina que es amigable al género.

Al desarrollar los mensajes apropiados, es importante enfocarse en los aspectos positivos de lo que se puede lograr del fortalecimiento del papel de los hombres en la salud reproductiva. Puede ser útil publicar y diseminar los descubrimientos de investigaciones que subrayan la importancia de las necesidades de salud reproductiva de los hombres, y que destacan la importancia que tiene su participación en las decisiones reproductivas para la salud de las mujeres.

El buen sentido del humor también es un ingrediente esencial de esfuerzos IEC dirigidos a hombres. Cuentos divertidos, los cuales pueden ser presentados de varias maneras, son una vía excelente para abordar temas delicados y de estimular discusiones en grupos. Al mismo tiempo, es importante combatir algunos de los mitos negativos relacionados a cómo las personas perciben las actitudes y comportamientos de los hombres. El enfrentamiento a los conceptos erróneos comunes que los hombres tienen sobre la vasectomía, como por ejemplo asociarla incorrectamente con la castración, puede aliviar los miedos que tienen los hombres de los efectos secundarios como la pérdida del libido, la obesidad y la impotencia. En Brasil, una campaña multimedia promovió la vasectomía como un “acto de amor”. La imagen central de la campaña fue un dibujo de dos corazones, uno masculino y uno femenino, que representaban de una manera alegre las ventajas de

³⁸⁶ SIDA, “Men’s Voices, Men’s Choices”.

³⁸⁷ Ibid.

³⁸⁸ B. Shepard, “Masculinity and the Male Role in Sexual Health”.

la vasectomía. El dibujo animado fue transmitido por la televisión, y los corazones también aparecieron en panfletos, anuncios de revistas y carteleras. Durante y después de la campaña, las solicitudes de información sobre la vasectomía aumentaron sustancialmente. Varios años después de la campaña, los clientes de planificación familiar todavía se referían a los dos corazones.³⁸⁹

La utilización de educadores pares cuando no es probable que los hombres reconozcan que carecen de información sobre la sexualidad, el embarazo y las habilidades de ser padres

Los hombres necesitan información sobre los métodos anticonceptivos, incluyendo métodos masculinos, la sexualidad, la anatomía básica, y el embarazo y sus riesgos. Por ejemplo, “Man Talk” en Swazilandia capacitó a los hombres a que hablaran con otros hombres cara a cara en bares, salones de billares, clubes y fábricas. Otras actividades incluyeron la distribución de panfletos educativos, materiales de motivación y condones, y el trabajo con dueños de negocios locales. Se demostró el resultado de este esfuerzo cuando un dueño de un club consintió en instalar una vendedora automática de condones en el baño para hombres.³⁹⁰

En Zimbabwe, el FNUAP, en colaboración con CARE, apoyó un programa de educación de pares que utilizó voluntarios/as como promotores de iniciativas comunitarias sobre el SIDA y la salud reproductiva.³⁹¹ El proyecto se enfoca en los y las trabajadores de sexo comercial y en los lugares de trabajo de sus clientes cuando el tipo de trabajo conduce a la transmisión de las ETS/VIH, como las compañías de ferrocarril y de transporte por carretera, las minas, y las compañías que tienen una alta proporción de trabajadores emigrantes o temporales. Los enfoques participativos incluyen la resolución de problemas, el uso de la discusión en grupo en la educación a pares, dramatizaciones, teatro, música, códigos de fotos, charlas, creación de redes, métodos participativos y consejería individual. Las sesiones de educación a pares toman lugar en los bares; los educadores distribuyen condones y hacen referimientos a clínicas para la consejería o tratamiento gratis de las ETS. El programa ha ayudado a la creación de 14 programas comunitarios parecidos en cinco países vecinos: Zambia, Botswana, Swazilandia, Lesotho y Mozambique.

Sin embargo, por lo menos al principio hay varias dificultades posibles, incluyendo la baja participación en capacitación sobre la sexualidad masculina. Algunos hombres, particularmente los

³⁸⁹ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, “Reaching Men Worldwide”, p. 50.

³⁹⁰ L. Touré, “Male Involvement in Family Planning: A Review of the Literature and Selected Programme Initiatives in Africa”, USAID/HHRA, noviembre de 1996, www.usaid.gov/regions/afr/hhraa/male/male.htm.

³⁹¹ FNUAP, “The Community Peer Education Programme for HIV/AIDS Prevention” (borrador del informe de evaluación, FNUAP EAT, Harare, Zimbabwe, 1998).

jóvenes, no quieren revelar su ignorancia sobre el sexo y la reproducción. Por lo tanto, es posible que no hagan preguntas, que se queden callados en los grupos, que se porten diferentes cuando la esposa o novia esté presente. No obstante, manteniendo la sensibilidad sobre las preocupaciones de los hombres, los y las educadores y consejeros pueden determinar cuál información necesitan y presentarla sin avergonzarlos. En Dinamarca, una estrategia preparada cuidadosamente tuvo dificultades no esperadas en reclutar a maestros y consejeros masculinos para capacitación en la sexualidad masculina y la participación de los hombres en el uso de anticonceptivos. Se enviaron más de 2.000 invitaciones a unas 1.100 escuelas y 800 clubes de jóvenes, pero solamente 11 hombres respondieron y participaron.³⁹²

El desafío del comportamiento contraproducente utilizando métodos innovadores de comunicación interpersonal y en grupos

Es posible que los hombres adopten ciertos comportamientos porque tienen la auto-estima baja. En Haití, el Groupe de Lutte Anti-SIDA (GLAS, Grupo de lucha contra el SIDA), un programa de prevención del VIH implementado en lugares de trabajo en Port-au-Prince cambió el enfoque de las sesiones educativas sobre la prevención del VIH/ETS a discusiones más abiertas sobre los rumores y las creencias sobre el VIH/SIDA y sobre asuntos personales. Aún después de estas sesiones, algunos hombres y mujeres continuaron a ponerse en riesgo de infección con el VIH. Confundidos por este comportamiento, el/la directora/a exploró cómo la falta de auto-estima y habilidades de comunicación débiles impidieron el cambio de comportamiento. Una herramienta educativa y psicológica para el desarrollo y cambio personal—conocida como el análisis transaccional—fue utilizada en grupos de apoyo pequeños. Este enfoque psicológico enfatiza la capacitación de adultos en cómo abandonar estrategias, típicamente aprendidas en la niñez, que muchas veces son dolorosas o contraproducentes, y se les enseña cómo desarrollar actitudes diferentes para enfrentar los problemas de la vida. También promueve la comunicación clara y directa.³⁹³

Otras herramientas incluyen la realización de juegos riesgosos con hombres que están a riesgo para aumentar la conciencia de su propia vulnerabilidad. En Gettysburg, Pennsylvania, grupos de hombres jóvenes universitarios están aprendiendo, con la ayuda de mentores, a respetar los riesgos. Las actividades están diseñadas para desarrollar habilidades en la formación y fortalecimiento de equipos, resistir a la presión de pares, y aceptar la responsabilidad personal. Uno de los juegos

³⁹² D. Rix, “Male Sexual Education in a Danish Perspective”, *Reproductive Health Challenges*, vol. 2 (1996).

³⁹³ K. Best, “Abandoning Self-Defeating Behaviours”, *Network* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998).

consiste en formar parejas donde una persona se venda los ojos y la otra persona la guía por cosas que son designadas inocuas y otras que llevan un riesgo de contraer una ETS. En este juego, se otorga puntos cuando una persona con los ojos vendados toca una cosa “riesgosa”; las personas van acumulando puntos hasta que resulta una “infección”. Otros juegos incluyen el alpinismo u otros deportes peligrosos. Al centro de este programa pequeño es la idea de que los jóvenes que se sienten atraídos por comportamientos impulsivos o riesgosos pueden aprender a respetar y prepararse contra los riesgos haciendo actividades que son difíciles físicamente y teniendo mentores que tienen profesiones naturalmente peligrosas.³⁹⁴

El desarrollo de habilidades para la resolución de conflictos

La “resolución de conflictos” es un término que incluye varios enfoques diferentes que reconocen que el conflicto es normal y no necesariamente destructivo. Es un enfoque positivo para enfrentar el conflicto. A lo mejor, la resolución de conflictos es una manera de transformar las situaciones de conflictos en oportunidades para el aprendizaje. Es una manera de desarrollar el conocimiento de sí mismo, enseñar habilidades prácticas, crear la confianza y un ambiente seguro, y, por supuesto, resolver problemas específicos.³⁹⁵

Llevar la información a dónde los hombres se reúnen

Los programas pueden llegar a una mayor cantidad de hombres cuando van a los lugares donde ellos normalmente se congregan, tales como el lugar de trabajo, los clubes sociales, y los eventos deportivos. Los hombres se sienten cómodos en estos lugares, forman un público ya hecho y pueden ser más receptivos a la información nueva.

En Namibia, el FNUAP ayudó a establecer una alianza entre el Northwest Health Directorate del Ministerio de la Salud y Servicios Sociales, la Policía de Namibia, las Fuerzas Armadas Nacionales, clubes locales de fútbol, y la Iglesia Evangélica Luterana. El objetivo fue institucionalizar la participación positiva de los hombres en la salud reproductiva dentro de cinco grupos de hombres en el Northwest Health Directorate. El proyecto también contó con la participación de grupos que no pertenecían a ministerios que tenían poblaciones grandes de hombres, incluyendo la policía, las fuerzas armadas, y los clubes deportivos. Adicionalmente, el proyecto se enfocó en llegar a hombres del clero local y líderes laicos para tener su participación y liderazgo en el trabajo con

³⁹⁴ Ibid.

³⁹⁵ M. Kaufman, “Conflict Resolution: Finding Better Ways to Help Boys and Girls Solve Problems” (trabajo preparado para el Gender, Partnership and Participation Section, Programme Division, UNICEF, 31 de marzo de 2000), p. 2.

grupos juveniles y foros de hombres de la iglesia, predicar a sus congregaciones y proveer consejería prematrimonial y familiar, que incluye discusiones sobre la sexualidad y la comunicación entre parejas. Por último, el proyecto inició el uso de bares locales —tiendas de Cuca—para comenzar y promover la distribución de condones en ambientes no médicos. La creación de alianzas intersectoriales entre el Ministerio de la Salud, la sociedad civil y otros cuerpos gubernamentales fue un paso excelente para lograr la movilización social y el objetivo de empoderamiento de la comunidad. El proyecto tuvo éxito en la movilización efectiva de los cinco grupos asistentes para aumentar la participación masculina en la salud sexual y reproductiva.³⁹⁶

Los deportes: una vía de comunicación

A través del mundo, los eventos deportivos atraen a muchos hombres. En África, como en otras partes, el fútbol es una pasión entre hombres y muchachos adolescentes. Para aprovecharse de este público natural, el Johns Hopkins Population Communication Services lanzó la iniciativa Challenge CUP en el 1997 en Gana, Kenia, Uganda y Zambia. Las siglas CUP significan “Caring, Understanding Partners” (parejas cariñosas y compasivas). La iniciativa Challenge CUP alienta a los hombres que asisten a los partidos de fútbol a que sean más responsables sexualmente, a prevenir las ETS, a aprender más sobre la salud reproductiva, y a discutirla con sus esposas o sus parejas sexuales. Para llegar al público numeroso que asiste a los partidos, se distribuyó varios materiales con mensajes claves sobre la salud reproductiva, incluyendo tarjetas con famosas figuras deportivas, camisetas, viseras de sol, pegatinas de parachoques, y panfletos informativos.³⁹⁷ Al mismo tiempo, se les capacita a los entrenadores y jugadores de fútbol sobre el comportamiento positivo relacionado a la salud reproductiva. Varios jugadores famosos son portavoces y modelos a imitar, y hablan sobre la comunicación entre esposos/as y la prevención de ETS en los descansos de los partidos y también en radio y televisión.

³⁹⁶ “Strengthening Male Involvement in Reproductive Health”, Northwest Health Directorate del Ministerio de Salud y Servicios Sociales, Namibia, NAM/96/P01, proyecto financiado por el FNUAP, 1997–2000.

³⁹⁷ B. Robey y M. Drennan, “Male Participation in Reproductive Health”, *Network* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998): 11–15.

El uso de los deportes como una vía de comunicación requiere un tratamiento cuidadoso. Los deportes crean un ambiente donde se promueven las exigencias para una masculinidad agresiva y competitiva. “Los deportes pueden ofrecer actividades muy buenas para desarrollar el estado físico y la coordinación, y para alentar la cooperación. Desafortunadamente, la mayoría de los deportes y juegos desarrollados en este siglo enfatizan la competición, la dominación y una ética de ganar a todo costo”³⁹⁸.

El ejército

El FNUAP también ha establecido alianzas exitosas con el ejército y empleadores para llegar a hombres en varios países de América Latina y, más recientemente, en África (véase el capítulo VI sobre los servicios). Los hombres en el ejército constituyen un grupo prioritario; es una población itinerante, propensa a una cultura sexual de alto riesgo y predispuesta a comportamientos que llevan a las ETS/VIH y el embarazo no deseado. El comportamiento sexual de alto riesgo es alentado por la subcultura sexual del ejército, que acentúa los estereotipos masculinos³⁹⁹ y otros temas preocupantes como la violencia sexual y las poblaciones congestionadas como las prisiones.⁴⁰⁰ Los marineros y camioneros constituyen otros grupos prioritarios que han recibido la atención de comunicadores en África y Asia del Sur. Estos programas también proveen servicios para familias de personal militar, y para civiles que utilizan los servicios de salud militares.⁴⁰¹ La eliminación de la epidemia del SIDA entre trabajadores del transporte es una meta de un proyecto para camioneros en la India.⁴⁰² Cuatro centros de paso coordinados por el Bhoruka Public Welfare Trust en paradas estratégicas en las fronteras estatales y nacionales facilitan la visita de los camioneros a los centros que tienen ambientes acogedores con sillas cómodas, ventiladores y televisores. Cada centro cuenta con un/a oficial médico, trabajadores sociales masculinos y femeninos, consejeros/as y

³⁹⁸ M. Kaufman, “Positive Strategies with Boys to end Violence” (trabajo preparado para el Gender, Partnerships and Participation Section Programme Division, UNICEF, New York, 31 de marzo de 2000). Para más información sobre los deportes y la masculinidad, véase el libro innovador por V. Burstyn, *The Rites of Men: Manhood, Politics, and the Culture of Sport* (Toronto: University of Toronto Press, 1999).

³⁹⁹ Taller de Apoyo Técnico del FNUAP sobre la participación masculina en la salud reproductiva (noviembre de 1998); véase la página Web: www.fao.org/sd/wpdirect/wpre0123.htm.

⁴⁰⁰ H. Reyes, “Relevance of Condoms in Prisons” (trabajo presentado en la conferencia Corrections Health Services Conference, Australia, noviembre de 1997); véase el sitio Web de ICRC: www.icrc.org.

⁴⁰¹ FNUAP, “Legislative Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights: A Five-Year Review of the Cairo and Beijing Conferences in Latin America and the Caribbean”, 2000.

⁴⁰² “Case Studies from India Examine the Status of Men as Supportive Partners in Reproductive Health” (comunicado de prensa, Population Council); A. Majumdar, “Halting AIDS on the Highway” (Bhoruka Public Welfare Trust, Calcutta, India, 8 de agosto de 2000); www.popcouncil.org/newspercent5Fviews/menaspartnersrls.html.

trabajadores/as de alcance quienes facilitan la prevención y el manejo de las ETS, incluyendo el VIH.

La exploración de nuevos canales de comunicación: vías de diversión y de Internet

El término “Entre-Educar” es una contracción de las palabras entretener y educar, y describe cualquier presentación comunicativa que entrega un mensaje educativo social en un formato entretenido/divertido. Se puede llamar la atención de los hombres utilizando un formato divertido— el enfoque “entre-educar” cuya eficacia se ha comprobado en muchos países. En África, la música es un modo importante de comunicación que trasciende las fronteras nacionales, las culturas y los idiomas. En los países francófonos de África, el proyecto FHA/REDSO utiliza un enfoque entre-educar para enfrentar el problema del VIH/SIDA y para concientizar a la gente sobre cómo prevenir la enfermedad. A través de un programa musical— *Wake Up Africa* — unos 30 músicos africanos ayudan a publicitar el tema del VIH/SIDA creando y tocando obras sobre el tema de prevención del VIH/SIDA. Participantes en Ouagadougou miraron un nuevo video musical, *Wake Up Africa*, producido por el proyecto FHA que presentó las obras de los músicos. Adicionalmente, se está promoviendo el mensaje musical con un disco compacto, un casete, un concierto en vivo, cuñas de radio y televisión, revistas de diversión y camisetas.⁴⁰³

Las nuevas tecnologías de información y comunicación ofrecen una posibilidad prometedora. En Perú, un sistema multimedia interactivo y computarizado proveyó información a clientes en las salas de espera de clínicas sobre la sexualidad, la anticoncepción y otros temas de salud reproductiva. Los temas más buscados fueron los beneficios de planificación familiar, la primera relación sexual, la educación sexual y el machismo. El 57 por ciento de los y las usuarios/as encuestados/as dijeron al respecto que fue más fácil que consultar a un/a proveedor/a o consejero/a tradicional. Generalmente, los y las usuarios/as del sistema fueron jóvenes entre las edades de 20 y 30 años; un 7 por ciento fueron mayores de 40 años, y un 84 por ciento habían completado la educación secundaria. Se sugirió poner una computadora en una sala privada, en vez de en la sala

⁴⁰³ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, “Men: Key Partners in Reproductive Health” (un informe del First Conference of French-Speaking African Countries on Men’s Participation in Reproductive Health, Ouagadougou, Burkina Faso, 30 de marzo–3 de abril de 1998), p. 11.

de espera, para asegurar la confidencialidad.⁴⁰⁴ Asimismo, el Ministerio de Salud en Turquía ha publicado páginas Web que proveen información a grupos específicos, incluyendo a los hombres.

Lecciones aprendidas de la comunicación para llegar a los hombres

En un repaso extensivo de sus proyectos de comunicación para la planificación familiar alrededor del mundo, el Johns Hopkins University Population Communications Services⁴⁰⁵ descubrió que las estrategias de comunicación que funcionan y atraen a los hombres deben:

- Publicitar y promover los sitios para obtener servicios para hombres. Las investigaciones demuestran que los hombres necesitan mejor acceso a la información y a los y las proveedores/as de servicios con quienes se pueden sentir cómodos.
- Mejorar la imagen de los métodos anticonceptivos para los hombres. Las campañas de comunicación deben estar enfocadas en la información basada en datos y en las percepciones para poder superar los mitos o rumores que a veces generan la oposición de los hombres a ciertos tipos de planificación familiar.
- Utilizar varios canales de comunicación para crear un el sinergismo. Los programas efectivos de planificación familiar utilizan múltiples canales para entregar los mensajes. Las investigaciones demuestran que los y las individuos/as que están expuestos/as a un mensaje de varias fuentes—medios masivos y comunitarios, la comunicación interpersonal—son más propensos/as a tomar medidas que las personas que son expuestas a un mensaje desde una fuente única.
- Prestar atención a los hombres jóvenes. Los hombres jóvenes que están comenzando a tener relaciones sexuales son particularmente vulnerables a las ETS, incluyendo el VIH/SIDA. La satisfacción de sus necesidades puede tener un impacto significativo en sus vidas y en las vidas de muchas otras personas.
- Representar a los hombres como parejas cariñosas, no como adversarios irresponsables. Aunque algunas veces se les representa a los hombres como obstáculos a esfuerzos de planificación familiar, las investigaciones demuestran que el estereotipo macho muchas veces no es verdadero. La consideración de los estereotipos puede perjudicar al público y dañar la efectividad de una campaña de planificación familiar.

⁴⁰⁴ Population Council/Inopal III, “Introduction of Multimedia as an Information Tool for Sexual and Reproductive Health Education” (in *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library 1990–1999), Lima, Perú, 29 de octubre de 1998.

⁴⁰⁵ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, “Reaching Men Worldwide”, p. 50.

Capítulo 6

Intervenciones de servicios de salud sexual y reproductiva dirigidas a hombres

Los temas discutidos en el debate continuo sobre lo que constituye un nivel apropiado de participación masculina en la salud sexual y reproductiva incluyen la definición de las necesidades de salud de los hombres y la formulación de servicios para ellos. La inclusión de los hombres en programas de población parece ser un paso hacia atrás en vez de un paso adelante, particularmente si los programas no son enfocados adecuadamente y transfieren control de las mujeres a los hombres. Se teme, particularmente entre defensores/as de la salud de la mujer, que los recursos escasos que ya son insuficientes para enfrentar los temas de salud de las mujeres serán compartidos o redirigidos a programas de salud para hombres, aunque las mujeres siguen con un mayor “carga de morbilidad y mortalidad reproductiva”.⁴⁰⁶ Los y las feministas temen que los derechos de la mujer serán amenazados si los hombres se involucran más en la salud sexual y reproductiva porque en muchos países los hombres ya son los únicos tomadores de decisiones y controlan la reproducción y sexualidad de las mujeres.⁴⁰⁷ Los y las pragmatistas sostienen que cuando los servicios están basados en un entendimiento de las relaciones de género subyacentes, tanto las mujeres como los hombres se beneficiarán; también intentan mostrar que los servicios para los hombres no son necesariamente caros, ni compiten con los escasos recursos disponibles para servicios para mujeres.⁴⁰⁸ A pesar de estas dudas, los campos de población y salud están identificando y respondiendo cautelosamente a las necesidades de los hombres.⁴⁰⁹ Este capítulo repasa las experiencias y lecciones aprendidas para satisfacer las necesidades de los hombres como clientes de servicios; el rango, la organización y la calidad de estos servicios; y cómo alcanzar a los hombres en su lugar de trabajo o donde se encuentren. Finalmente, se discuten los esquemas de distribución de la planificación familiar y la prevención del VIH.

⁴⁰⁶ J. du Guerny et ál., “The Male Side of Gender throughout the Life Cycle” (documento presentado en el taller temático SAT del FNUAP sobre la participación masculina en programas y servicios de salud sexual y reproductiva, Roma, 9-13 de noviembre de 1998).

⁴⁰⁷ M. Berer, “Men”, *Reproductive Health Matters* 7 (mayo de 1997), p. 10.

⁴⁰⁸ J. du Guerny et ál., “The Male Side of Gender”.

⁴⁰⁹ C. Laudari, “Gender Equity in Reproductive and Sexual Health” (documento presentado en el taller temático SAT del FNUAP sobre la participación masculina en programas y servicios de salud sexual y reproductiva, Roma, noviembre de 1998).

Las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres

Los estudios existentes de EDS no reflejan adecuadamente las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres porque sólo se entrevistan a hombres casados. Además, las actuales encuestas estandarizadas no dejan espacio para entender los “determinantes del contexto específico” de la salud sexual y reproductiva de los hombres.⁴¹⁰ Sin embargo, los clientes masculinos tienen preocupaciones propias, como miedos de incapacidad sexual, falta de conocimiento del funcionamiento sexual y reproductivo, riesgos de ETS y riesgos de embarazos no deseados con sus parejas, o no entienden cómo funcionan los métodos anticonceptivos controlados por hombres o mujeres.⁴¹¹ Algunos estudios recientes investigan lo que los hombres identifican como sus necesidades clínicas. En el **Capítulo II**, se introdujo una lista breve de servicios clínicos, la cual incluye la planificación familiar, la prevención y el tratamiento de las ETS, la sexualidad, la infertilidad, las condiciones urológicas y las disfunciones sexuales o problemas psico-sexuales.

La epidemia del SIDA contribuye al aumento de la atención a la prevención de las ETS y el VIH/SIDA. Por ejemplo, existen investigaciones recientes sobre la conexión entre la circuncisión y el riesgo del VIH. Mientras los estudios llevados a cabo en países en desarrollo sugieren que los hombres circuncidados tienen un menor riesgo de infección con el VIH que los hombres no circuncidados, estudios parecidos en los Estados Unidos no descubrieron ninguna correlación entre la circuncisión masculina y el riesgo de infección con el VIH.⁴¹² Participantes en una reunión reciente, la cual fue organizada por el programa Horizons del Population Council, concordaron que hay “evidencia considerable que apoya el efecto protector de la circuncisión masculina contra la infección con el VIH entre hombres en África sub-Sahariana”. Pero también concluyeron que “hay muchos factores no conocidos” y que la circuncisión tiene “implicaciones culturales profundas, lleva el riesgo de complicaciones—incluyendo la posibilidad de otras infecciones relacionadas con el procedimiento—y los beneficios sólo se realizan después de muchos años”.⁴¹³ Este grupo de expertos sugirió que las investigaciones futuras deben enfocarse en la exploración de los mecanismos de infección entre los hombres; la realización de ensayos controlados para una

⁴¹⁰ M. E. Greene and A. Mayouya, “Conceptual Frameworks and Data” (documento presentado en el taller temático SAT del FNUAP sobre la participación masculina en programas y servicios de salud sexual y reproductiva, Roma, noviembre de 1998), p. 2-13.

⁴¹¹ S. Dixon-Mueller, “The Sexuality Connection in Reproductive Health”, *Studies in Family Planning* 24, núm. 5 (septiembre – octubre de 1993), p. 277.

⁴¹² K. Best, “Men’s Reproductive Health Risks”, *Network* 18, No. 3 (1998).

⁴¹³ J. van Dam et M. C. Anastasi, “Male Circumcision and HIV/AIDS: Directions for Future Research”, informe de una reunión llevada a cabo en Washington D.C., Population Council, junio de 2000. www.popocouncil.org/horizons/reports/circumcision.

intervención que examine la efectividad de circuncisión masculina en prevenir la infección con el VIH; la relación entre la higiene y la infección con el VIH; el efecto de otras variables, incluyendo la religión, en la transmisión del VIH; estudios longitudinales de hombres circuncidados que no están infectados para ver si y por qué algunos de ellos se infectan con el VIH a través del tiempo.⁴¹⁴

Además, actualmente hay un mayor reconocimiento de que la infertilidad, difundida en países en desarrollo, afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Las ETS, que pueden llevar al cáncer, son la causa prevenible más común de la infertilidad. Las enfermedades parasitarias e infecciosas, las malas prácticas de atención de salud y las heridas vasculares causadas por reparaciones erradas de hernias también pueden causar la infertilidad.

Síntomas actuales reportados por hombres en una encuesta basada en la población	
Síntomas reportados	<i>Porcentaje de hombres reportando estos síntomas: *</i>
Ningún problema	74,2
Problema psico-sexual**	16,7
Dolor en la micción	7,9
Afectación en la uretra	3,1
Coito doloroso	1,7
Pus del uretra y disuria	1,0
Úlcera genital	0,6
* Los hombres pudieron reportar más de un síntoma	
** Los problemas psico-sexuales incluyen: la eyaculación prematura, la impotencia, las relaciones sexuales insatisfactorias, la dificultad en mantener la erección, y la “polución de la noche”.	

Fuente: S. Hawkes, “Why Include Men/Establishing Sexual Health Clinics in Rural Bangladesh”, *Health Policy and Planning* 13, no. 2, pp. 121–30, citado por C. Laudari, “Gender Equity in Reproductive Health” (trabajo presentado en el taller temático TSS de el FNUAP sobre la Participación Masculina en Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Roma, 9–13 de noviembre del 1998), p. 7.

Métodos masculinos disponibles para la planificación familiar y la prevención del VIH/SIDA

Aunque la planificación familiar no es la única razón por la cual los hombres acuden a las clínicas, la provisión de métodos anticonceptivos masculinos es un componente clave para la mayoría de los servicios de salud reproductiva para hombres. Los condones y la vasectomía no quirúrgica son los

⁴¹⁴ Ibid.

únicos métodos masculinos disponibles que son altamente eficaces aunque nuevos métodos están en desarrollo.

Los condones

Actualmente, los condones ofrecen la mejor manera de prevenir el SIDA, y la epidemia ha impulsado un gran incremento en su uso. Los Capítulos II y V discuten aspectos del comportamiento relacionados al uso de condones. Los condones de látex, si se emplean regular y correctamente, son confiables y efectivos en la prevención del embarazo y las ETS.

Desafortunadamente, algunos/as proveedores/as de salud y usuarios/as todavía tienen percepciones negativas de los mismos. Avances recientes en el desarrollo de condones para facilitar su uso y mejorar su calidad ofrecen buenas razones, que se muestran a continuación, para confiar en su efectividad:

Razones por confiar en los condones⁴¹⁵

- **El uso de condones es una manera efectiva de prevenir el embarazo cuando se emplean correcta y consistentemente.** Las tasas de embarazo asociadas con el uso de condones varían en un rango de 3 por ciento hasta casi 14 por ciento.
- **El uso de condones es una manera efectiva de prevenir las ETS/VIH cuando se utilizan correcta y consistentemente.** El período fértil de la mujer es intermitente, pero los hombres y las mujeres pueden correr el riesgo de contraer una ETS, incluyendo el VIH, en cada relación sexual.
- **Los condones de látex proveen una barrera mecánica impermeable.** Son impermeables a las bacterias, los virus y los espermatozoides. Por lo tanto, los y las usuarios/as de condones no son expuestos/as al semen ni a partículas virales si el condón no se rompe o se desliza durante o después de la eyaculación, y si no tiene defectos de fabricación tales como agujeros, que son muy raros.
- **La mayoría de los y las usuarios/as no rompen los condones y una proporción de las rupturas es prevenible.** El fallo de condones, incluyendo la ruptura o el deslizamiento, es concentrado en un porcentaje pequeño de usuarios/as. La inexperiencia en usarlos, la edad temprana, la no convivencia con la pareja sexual, las múltiples parejas sexuales, el bajo ingreso, el bajo nivel de educación, y un pene de tamaño grande están todos asociados con la ruptura y el deslizamiento.
- **El condón de hoy es fabricado con más precisión.** Los condones de látex son formulados, procesados, terminados y empaquetados mejor. Los fabricantes de condones responden a las preocupaciones sobre alergias al látex, el tiempo de durabilidad y el funcionamiento del condón; por lo tanto están utilizando avances en la tecnología para producir condones superiores. Los paquetes de aluminio extienden la durabilidad de un condón por lo menos en cinco años.
- **El control de la calidad y la evaluación de calidad post-producción ayudan a asegurar que el producto es confiable.** En la época del SIDA, el condón es considerado “un instrumento potencial para salvar vidas” que debe cumplir con estándares rígidos. Niveles mínimos de calidad son aplicados a través de agencias mundiales y regionales que son responsables de asegurar que los condones cumplan con los estándares.

La vasectomía no quirúrgica

La vasectomía no quirúrgica—aunque sea efectiva, segura y rápida de hacer con pocos efectos secundarios—sigue siendo menos utilizada. Aproximadamente 54 millones de parejas a través del mundo la utilizan, mientras unos 150 millones se someten a la ligadura, un método más complicado. Por ejemplo, en Pakistán la vasectomía sigue siendo la opción anticonceptiva que recibe menos publicidad.⁴¹⁶ Las investigaciones sobre las razones por las cuales los hombres escogen la vasectomía son consistentes a través de varios países (Bangladesh, Brasil, Colombia,

⁴¹⁵ Family Health International, “Reasons to Have Confidence in Condoms”, adaptado de “The Latex Condom: Recent Advances, Future Directions”, *Network* 18, núm. 3 (1998), revisado el 8 de octubre de 1999, www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/.

⁴¹⁶ M. Douthwaite, “Male Involvement in Family Planning and Reproductive Health in Pakistan: A Review of the Literature”. *Research Report* No. 7. Population Council, Islamabad (marzo de 1998), p. 54.

Kenia, México, Rwanda, Sri Lanka y los Estados Unidos). Los hombres escogen vasectomías para librar a sus parejas de tener que usar la anticoncepción y son esterilizados cuando sus familias están completas y las consideran que sea la mejor forma de anticoncepción; algunos citan razones económicas o la preocupación por la salud de la mujer.⁴¹⁷

A pesar de las percepciones equivocadas, el interés y uso de la vasectomía está aumentando. Esto es el resultado de un proceso desarrollado en múltiples niveles. En África, la aceptación de la vasectomía está creciendo gracias a la integración de consejería adecuada, servicios de calidad, información confiable y campañas de sensibilización. En otros lugares, los y las proveedores/as identifican usuarios receptivos y reclutan clientes satisfechos para atraer a otros clientes; en algunos casos, organizan a los clientes satisfechos en grupos de apoyo informales, como el Club Vihiga en Kenia. El Club Vihiga de Vasectomía ayudó a promover la vasectomía a través de una campaña en los medios de comunicación, la cual incluyó presentaciones en la radio, la televisión y los periódicos. Algunos de los miembros fueron capacitados en la planificación familiar para trabajar como promotores y otros trabajaron de voluntarios en clínicas para proveer información a los hombres que estaban considerando la vasectomía. Como resultado, los hombres en Vihiga son más propensos que otros hombres en Kenia a considerar la vasectomía que a utilizar condones, y son menos propensos a creer en falsedades asociadas con estos y otros métodos.⁴¹⁸ En el 1989, el Instituto Mexicano de Seguridad Social lanzó y promovió un programa para aumentar la disponibilidad de servicios de vasectomía para pacientes externos. El programa está asociado a un incremento en el número anual de vasectomías realizadas (de 6.283 en 1989 a 16.882 en 1993) y una disminución en la proporción entre procedimientos de esterilización femenina y masculina (de 21:1 en 1989 a 10:1 en 1993).⁴¹⁹ Otros elementos de entrega de servicios enfocados en los clientes que se diseñaron para aumentar la aceptación de la vasectomía incluyen la confidencialidad y la integración de la esterilización masculina a otros servicios de salud reproductiva para hombres.⁴²⁰ En Bangladesh, donde procedimientos mal realizados contribuyeron a la disminución de la esterilización masculina voluntaria, se propusieron las estrategias siguientes: proveer más información, educación y comunicación a las esposas e iniciar la consejería para parejas sobre

⁴¹⁷ W.R. Finger, “[Cómo hacer para que se interesen en la vasectomía](#)”, *Network en español* 18, No 3 (Family Health International, primavera de 1998) www.fhi.org/fr/fp/fppubs/network.html

⁴¹⁸ AVSC International, “Men as Partners in Reproductive Health” (Informe del taller, Mombassa (Kenya), mayo de 1997), p. 14.

⁴¹⁹ PATH, “Involving Men in Reproductive Health”, *Outlook* (1997), p. 2.

⁴²⁰ L. Touré, “Male Involvement in Family Planning: A Review of the Literature and Selected Programme Initiatives in Africa”. USAID/HHRA, noviembre de 1996, www.usaid.gov/regions/afr/hhraa/male/male.htm, p.12.

vasectomías para frenar esta disminución.⁴²¹

Kiribati: El uso de clientes satisfechos como promotores de planificación familiar

El proyecto de vasectomía es uno de varios proyectos que el FNUAP apoyó durante los años 80. Las metas del proyecto fueron mejorar la salud de madres, padres, hijos e hijas y la familia entera, y aumentar la participación masculina en la práctica de la planificación familiar, incluyendo la vasectomía.

El proyecto reclutó hombres vasectomizados de la comunidad, incluso del personal de salud, que habían quedado satisfechos con el servicio para que se incorporaran como promotores de planificación familiar. Los usuarios satisfechos se convirtieron en promotores comunitarios, promoviendo la vasectomía dando testimonio a la sencillez, seguridad y efectividad del método. Los equipos móviles de planificación familiar ofrecieron servicios de planificación familiar, incluyendo la vasectomía, a todas las islas lejanas y áreas rurales.

Los materiales de IEC (panfletos, afiches, videos y calendarios) proveyeron un apoyo excelente al programa de salud reproductiva. Además, el programa gubernamental de clínicas de salud primaria tuvo éxito en movilizar a hombres vasectomizados para que compartieran sus experiencias con sus semejantes en reuniones, seminarios, la radio y programas de video, y también a través de la comunicación personal. Ahora el número de hombres vasectomizados excede el número de mujeres esterilizadas y el uso de condones también se ha aumentado – indicadores del éxito de este programa de 10 años.

Fuente: FNUAP CST Fijé

La protección doble

La protección doble es la prevención simultánea de las ETS/VIH y los embarazos no deseados y se puede lograr de varias maneras: (1) el uso correcto y consistente de los condones y (2) el uso correcto y consistente de los condones y el uso simultáneo de otro método anticonceptivo. En el campo de la prevención del VIH, la protección doble significa el uso de un condón para prevenir la infección y el embarazo. El enfoque de “método único – propósito doble” requiere la anticoncepción de emergencia en casos de fallo de un método anticonceptivo.⁴²²

La protección doble es particularmente importante para:

⁴²¹ Population Council, “Male Involvement in Family Planning: A Challenge for the National Programme Workshop”, *Frontiers* (junio de 1996), p. 13 y 14.

- Los y las jóvenes activos sexualmente entre las edades de 15 y 24 años;
- Hombres que arriesgan a sus parejas y a sí mismos por su comportamiento sexual de alto riesgo;
- Personas activas sexualmente en situaciones donde la prevalencia de las ETS o el VIH, o ambos, es alta;
- Trabajadores/as de sexo y sus clientes;
- Mujeres y hombres que están a riesgo por causa del comportamiento sexual de alto riesgo de sus parejas; y
- Personas que tienen una ETS y/o el VIH y sus parejas.

Sin embargo, existe bastante confusión alrededor de este concepto debido a las interpretaciones diferentes que son influenciadas por la perspectiva de salud pública de gerentes y médicos/as.⁴²³ Para los y las proveedores/as de planificación familiar, principalmente ginecólogos y médicos generales, la protección doble significa el uso simultáneo de dos métodos—un anticonceptivo efectivo para prevenir el embarazo y un condón para prevenir enfermedades. Este enfoque de “doble-método-doble-propósito” surge del interés en promover la píldora y en degradar el valor del condón como un método anticonceptivo eficaz, aunque las investigaciones muestran que el condón es tan efectivo como la píldora en parejas que han completado sus familias.⁴²⁴ Esta propuesta de doble-método-doble-propósito ha recibido críticas diversas debido a algunas desventajas asociadas. Estas incluyen: (1) es improbable que las personas usarán dos métodos simultáneamente cuando se resisten a usar uno solo; (2) la adición de un segundo método podría perjudicar el uso consistente del primero; (3) la promoción de condones para la prevención de enfermedades estigmatiza este método y reduciría su uso; y (4) el uso de dos métodos puede resultar económica y logísticamente imposible.⁴²⁵

La operacionalización de la protección doble requiere:

- Integración de los servicios de planificación familiar y prevención de las ETS/VIH;

⁴²² C. Marcham et ál., “Dual Protection : Reappraising the Condom as Contraception”. OMS, Département de la recherche sur la santé reproductive (documento de antecedentes para una reunión llevda a cabo en octubre de 1999).

⁴²³ Ibid.

⁴²⁴ N. Banjos et ál., “La promotion du préservatif comme contraceptif”. *ANRS Information*, No. 19. (julio/agosto de 1996) p. 47.

⁴²⁵ W. Cates et al., “Dual vs. Dual(ing) Protection against Unintended Pregnancy and Sexually Transmitted Infections: What is the Best Contraceptive Approach?” (manuscrito preparado para sumisión al *British Medical Journal*, mediados de 2000).

- Capacitación y actualización de proveedores/as de servicios y consejeros/as sobre la protección doble para que los y las clientes puedan hacer decisiones libres e informadas;
- Asegurar la disponibilidad de condones en puntos de entrega de servicios y en otros lugares;
- Enfoque en los muchachos y las muchachas;
- Enfoque en los hombres como las personas que usan los condones;
- Introducción apropiada de los condones femeninos en los programas de salud reproductiva;
- Incorporación de la protección doble en los programas para prevenir la transmisión del VIH otro-a-niño/a; y
- Apoyo continuo a la investigación para llevar al mercado un microbicidio controlado por las mujeres.⁴²⁶

La protección doble debe ser promovida a través de la comunicación personal, en vez de campañas promocionales, para explicar el significado correcto y responder a las necesidades individuales.⁴²⁷ Por lo tanto, la selección informada de anticoncepción “tiene también que incluir el reconocimiento de que el condón, cuando es utilizado correcta y consistentemente, no solo previene al VIH y ETS, sino también puede ser un anticonceptivo muy efectivo”. Además, la selección informada debe también “incluir el entendimiento de que muchos métodos que son muy efectivos contra el embarazo (métodos hormonales, los DIU y la esterilización) no ofrecen protección contra las ETS o el VIH.”⁴²⁸

Otros métodos anticonceptivos

La abstinencia periódica y el coito interrumpido son otros métodos anticonceptivos masculinos comunes. El coito interrumpido es uno de los métodos temporales más utilizados en el mundo. Se estima que unos 38 millones de parejas—representando 13 por ciento de todos los y las usuarios de métodos temporales—usan el coito interrumpido para prevenir el embarazo.⁴²⁹ Actualmente se realizan otros estudios para evaluar el riesgo de este método en la propagación de las ETS y el VIH.

Nuevas tecnologías anticonceptivas en desarrollo para los hombres

Mientras tanto, las investigaciones continúan para crear métodos alternativos que son aceptables a los hombres. Un estudio en el Reino Unido evaluó las percepciones que tenían los hombres sobre la

⁴²⁶“Dual Protection against Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections, including HIV”, Declaración conjunta de la OMS/ONUSIDA/FNUAP, 1999.

⁴²⁷ N. Banjos et ál., “La promotion du préservatif comme contraceptif”, p. 48.

⁴²⁸ “Dual Protection against Unwanted Pregnancy”, Declaración conjunta de la OMS/ONUSIDA/FNUAP.

anticoncepción hormonal para los hombres, la cual está en desarrollo. Participaron hombres entre las edades de 26 y 35 años. Los resultados demuestran que el 45 por ciento de los respondientes prefirió una tableta diaria; 36 por ciento prefirió inyecciones bianuales como el método de entrega y se mostró dispuesto a pagar por tal método; solo una tercera parte acudiría a una clínica de planificación familiar para obtener las inyecciones; y el 71 por ciento no estaba dispuesto a tolerar efectos secundarios.⁴³⁰ Los métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales en desarrollo para los hombres se encuentran en la tabla siguiente.

⁴²⁹ D. Rogow et S. Horowitz, "Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research", *Studies in Family Planning* 26, No. 3 (1995), p. 140.

⁴³⁰ M. Brooks, "Men's Views on Male Hormonal Contraception", *British Journal of Family Planning* 24, núm. 1 (Abril de 1998): 7-17.

Anticonceptivos masculinos que están en prueba		
Prototipos anticonceptivos para hombres que usan uno de dos mecanismos de acción: algunos suprimen la producción de esperma a través de una manera hormonal o no hormonal; otros impiden la capacidad de las espermias de fertilizar al óvulo, usualmente mediante la interrupción de un paso clave necesario para la concepción.		
Agente	Cómo funciona	Estado de investigación
<i>Supresión hormonal de la producción de esperma</i>		
Hormona liberadora de gonadotropin acoplada con proteína (GnRH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimula el sistema inmunológico para desactivar el GnRH natural del cuerpo, así suprimiendo la producción de esperma ▪ Inyección anual 	Se inició recientemente una prueba de seguridad de dos años entre 20 hombres sobre la hormona que emite la hormona gonadotropin (GnRH) combinada con una proteína de toxoide tetánico
7-alfa metil-19-nortestosterona (MENT)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suprime la producción de esperma ▪ Implante anual 	Pruebas de la eficacia del implante MENT están en marcha; todavía no se ha llevado a cabo pruebas de toxicología de largo plazo
Testosterona buccinate (TB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suprime la secreción de GnRH y por lo tanto suprime la producción de esperma ▪ Inyección de tres meses 	Un estudio sobre el inyectable TB, financiado por la OMS, indica que una dosis más fuerte es necesaria para la anticoncepción efectiva. Es posible que pruebas del inyectable TB y de progestogen empiecen en el 1998
Testosterona undecanoate (TU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suprime la secreción de GnRH y por lo tanto suprime la producción de esperma ▪ Inyección de uno o dos meses 	Hay algunos estudios en marcha sobre el inyectable TU con hombres en China; están programados estudios del inyectable TU por dos meses con progestogen
Testosterona enanthate (TE)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suprime la secreción de GnRH y por lo tanto suprime la producción de esperma ▪ Inyección semanal 	Un ensayo llevado a cabo por la OMS por dos años proveyó una anticoncepción efectiva del 98% en 399 hombres, pero no se considera deseable para uso general pues requiere inyecciones semanales.
TE/progestogen combination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suprime la secreción de GnRH y por lo tanto suprime la producción de esperma ▪ Inyección semanal de TE y una píldora diaria de progestogen 	La combinación de TE y progestogen logró la anticoncepción inicial más rápido que el TE sólo, pero no se considera conveniente porque requiere inyecciones semanales
<i>Supresión no hormonal de producción de la esperma</i>		
Gossypol	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suprime la producción de la esperma ▪ Píldora diaria ▪ Irreversible en algunos hombres 	Un ensayo piloto reciente de la píldora gossypol a baja dosis muestra la anticoncepción efectiva sin reducción peligrosa del potasio; está programado un estudio de efectividad más grande con 320 hombres
<i>Inhibición de la capacidad de las espermias a fertilizar</i>		
Nifedipino	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede prevenir la acción de las enzimas de las espermias necesarias para la fertilización ▪ Píldora diaria 	Investigación planificada para encontrar variaciones de esta droga que puedan afectar específicamente a la esperma sin producir efectos secundarios sistemáticos
Mifepristone (RU 486)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmoviliza a la esperma temporáneamente 	Estas investigaciones buscan compuestos químicamente similares que

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Píldora diaria 	puedan afectar específicamente a la esperma sin producir los efectos secundarios no deseados de mifepristone.
Proteína de la superficie de la esperma	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticuerpos agregados a la esperma inhiben la fertilización ▪ Vacuna 	La inmunización de cobayos masculinos con la proteína de la superficie de la esperma ha demostrado una anticoncepción reversible; se han planeado otros estudios con animales

Fuente: Family Health International, *Network* 18, no. 3 (primavera del 1998).

La gama de servicios de salud reproductiva y sexual para los hombres

Los servicios de salud reproductiva para los hombres típicamente ofrecen tres categorías de servicios: exploración, diagnóstico clínico y tratamiento e información, educación y consejería.⁴³¹ La lista de servicios incluidos en la tabla siguiente provee una vista comprensiva de los servicios que podrían ser ofrecidos dentro del rubro de servicios para hombres. Sin embargo, algunos servicios claramente están más allá del alcance de una clínica básica de planificación familiar o de salud reproductiva al nivel de una clínica de salud pública.⁴³² La gama de servicios proveídos y su entrega podría variar mucho si se toma en cuenta las necesidades locales, los valores culturales y los recursos disponibles. En algunos casos, sería más eficiente referir a clientes; estos casos incluyen clientes que necesitan atención para el cáncer, tratamiento para el VIH/SIDA, atención de salud mental, consejería de empleo y servicios.

⁴³¹ AVSC International, "Introduction to Men's Reproductive Health Services", New York, 2000, p. 14-17.

⁴³² I. Ndong et ál., "Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services", *International Family Planning Perspectives* 25, supp. (1999), p. 53.

Fuente: I. Ndong et al., "Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services", *International*

Servicios incluidos en la salud sexual y reproductiva para los hombres según si se pueden ofrecer dentro de una clínica de planificación familiar o a través de referimientos a otros servicios		
<p>DETECCION, SERVICIOS BASICOS DE SALUD</p> <p>En sitio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historias médicas comprensivas sobre la salud sexual y reproductiva ▪ Detección del abuso sexual y violencia doméstica ▪ Evaluación del uso de anticonceptivos ▪ Examen médico completo ▪ Evaluación de nutrición ▪ Detección de cáncer ▪ Detección de abuso de drogas o de necesidades de salud mental <p>Referimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento para sobrevivientes y perpetradores de abuso sexual y violencia doméstica ▪ Educación para ser padres y madres ▪ Vacunas ▪ Consejería y servicios de educación y empleo ▪ Tratamiento del cáncer ▪ Tratamiento para el abuso de drogas y atención a la salud mental ▪ Manejo del estrés y prevención de la violencia ▪ Servicios para adultos y adolescentes sin hogar 	<p>INFORMACION, EDUCACION Y CONSEJERIA</p> <p>En sitio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación básica sobre la sexualidad y fertilidad ▪ Consejería sobre la orientación sexual ▪ Información y educación sobre el abuso sexual y la violencia doméstica ▪ Concientización sobre la violación estatutaria ▪ Definición de roles masculinos ▪ Consejería comprensiva sobre anticoncepción ▪ Prevención de ETS y VIH ▪ Salud e higiene genital ▪ Comunicación interpersonal ▪ Consejería post parto y prenatal <p>Referimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consejería genética ▪ Consejería para la pareja de una mujer que tiene una mastectomía ▪ Sexualidad e incapacidades 	<p>DIAGNOSIS CLINICO Y TRATAMIENTO</p> <p>En sitio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento de la impotencia, la eyaculación prematura, problemas con el sistema reproductivo, lesiones del tracto genital, hernias y varicoceles ▪ Diagnóstico y tratamiento de ETS ▪ Diagnóstico del VIH ▪ Pruebas de sangre pre-matrimonio ▪ Evaluación de fertilidad ▪ Vasectomía <p>Referimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento del VIH/SIDA ▪ Servicios para la infertilidad ▪ Tratamiento de enfermedades urológicas ▪ Cambio de la vasectomía

Family Planning Perspectives, vol. 25, suplemento (1999).

Exploración/Detección

Durante la exploración, el/la proveedor/a de servicios obtiene una historia médica de cada cliente (incluyendo intervenciones quirúrgicas, enfermedades pasadas y rasgos hereditarias) y hace una examen física rutinaria. La exploración incluye preguntas sobre la historia sexual y reproductiva del cliente, la evaluación de riesgo para las ETS y el VIH/SIDA, cánceres y abuso de sustancias y sus necesidades de salud mental.

Prueba y consejería voluntaria para el VIH (PCV)

La prueba del VIH es uno de los servicios más importantes ofrecidos a los hombres. Cuando los hombres (y las mujeres) saben su estatus del VIH, pueden revelarlo a sus parejas y escoger solamente parejas que son VIH negativos, reduciendo así su riesgo para la transmisión del VIH.⁴³³ La PCV provee a los hombres servicios diagnósticos, pruebas de sangre y consejería especializada en casos de resultados positivos y referimientos. La PCV debe mencionarse a los clientes como una opción durante el proceso de exploración.

Diagnóstico y tratamiento

Durante el diagnóstico clínico y el tratamiento, el/la proveedor/a ofrece servicios o refiere al cliente para el diagnóstico y el tratamiento de problemas detectados durante el proceso de exploración. Los clientes pueden ser tratados por impotencia, eyaculación prematura, problemas con el sistema reproductivo, lesiones del tracto genital y hernias. El tratamiento también podría incluir el manejo sindrómico de las ETS, la atención VIH, las pruebas de sangre pre-matrimoniales, el análisis del semen, los servicios para la infertilidad, la vasectomía, el análisis post-vasectomía del semen y el cambio de la vasectomía.

Manejo sindrómico de las ETS

Una manera de tratar a las ETS es extraer sangre, esperar los resultados y después tratar o referir a los pacientes. No obstante, cuando los recursos son limitados y no hay laboratorios, los y las gerentes de programas deben considerar el “enfoque de manejo sindrómico” como el primer paso del tratamiento y solamente referir a casos especiales a clínicas con laboratorios. El enfoque sindrómico usa flujogramas con instrucciones para cada paso sobre cómo reconocer y manejar las infecciones del tracto reproductivo y ETS, además sugiere antibióticos estándares.⁴³⁴ Requiere que los y las proveedores/as estén capacitados/as a reconocer los síntomas de las ETS comunes (clamidia, virus papiloma humano [VPH], gonorrea, herpes, sífilis, piojos y sarna). Incluso permite que más hombres reciban tratamiento eficaz, incluyendo los antibióticos apropiados. El marco para el tratamiento también invita a las parejas femeninas. Los y las profesionales de salud necesitan

⁴³³ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”, documento de síntesis de ONUSIDA [Segundo borrador, Instituto Promundo, Rio de Janeiro (Brasil), enero de 2000], p. 13.

⁴³⁴ IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar), “Statement on Sexually Transmitted Disease and Reproductive Health”, 1997.

usar este enfoque como una oportunidad para diseminar mensajes sobre la prevención de las ETS y el VIH/SIDA y otros temas de salud sexual y reproductiva.⁴³⁵

Consejería

A través de la consejería, un cliente aprende sobre sus opciones y recibe una educación e información sobre la anticoncepción y la prevención de las ETS y el VIH/SIDA. La consejería es el componente de comunicación de la entrega de servicios, la tercera categoría de servicios que los y las proveedores ofrecen. La información provista por consejeros es amplia y diversa y cubre temas como la sexualidad y el desarrollo fisiológico; la educación y consejería sobre la anticoncepción, incluyendo el uso correcto de los condones; la educación y consejería sobre las ETS, incluyendo la infección con el VIH; y la educación sobre la salud e higiene genital. Los y las consejeros/as también deben proveer información sobre la protección doble del condón masculino, la importancia de atención pre y post natal, los riesgos y síntomas del embarazo y parto y el papel que los hombres pueden desempeñar en la prevención de la mortalidad y morbilidad materna.

La provisión de consejería es crítica para convertir a los hombres en consumidores educados de servicios de salud para ellos mismos y para sus parejas. Las estrategias que pueden ser integradas en servicios existentes de consejería a bajo costo o sin costo adicional incluyen brindar a los hombres la oportunidad de participar en sesiones de consejería sobre la planificación familiar, siempre con el consentimiento de su pareja, y alentar a las clientes a que hablen sobre la planificación familiar y salud reproductiva con sus parejas. Sin embargo, la provisión de servicios de consejería a los hombres requiere la capacitación de los y las consejeros/as, la acomodación de la clínica, la promoción y la creación de un espacio para asegurar a los hombres que tengan privacidad y confidencialidad.

La integración de las ETS y los servicios de planificación familiar

La satisfacción de las necesidades de los hombres, como clientes, también requiere la adopción de un enfoque basado en la sexualidad y la integración de la prevención del VIH/SIDA/ETS. La integración de servicios de prevención de ITS y VIH/SIDA ha sido un reto para servicios diseñados originalmente para tratar la salud materna, la planificación familiar y más tarde la salud reproductiva de las mujeres. La mayoría de los programas de planificación familiar y las agencias internacionales ponen mayor énfasis en los riesgos del embarazo no planeado que en los riesgos de las ETS y el VIH/SIDA, lo cual hace que el condón no tenga un papel significativo en estos

⁴³⁵ C. Laudari, "Gender Equity in Reproductive and Sexual Health".

programas.⁴³⁶ Los y las proveedores/as de planificación familiar alientan a las mujeres a que usen los métodos anticonceptivos más eficaces (píldoras, DIU, anticonceptivos hormonales), los cuales ofrecen poca o ninguna protección contra las ETS y el VIH/SIDA.⁴³⁷ Los prejuicios contra víctimas del VIH/SIDA también contribuyen a la resistencia de los y las proveedores/as al ofrecer la prueba del VIH/SIDA. Los y las proveedores/as se resisten a ofrecer estos servicios porque temen atraer a drogadictos, gays y trabajadores/as de sexo comercial y que éstos desalentarán a clientes existentes y a otros/as que quieren que acudan a las clínicas.⁴³⁸ Esta preocupación surge en un momento en que las asociaciones de planificación familiar están tratando de sostenerse a través de su propio mercado como proveedoras calificadas para la gente de las clases media y trabajadora.

No obstante, los y las proveedores/as de planificación familiar reconocen su papel en la prevención de las ETS y el VIH/SIDA. En 1997, la Federación Internacional de Planificación de la Familia publicó una “Declaración sobre las Enfermedades Transmitidas Sexualmente y la Salud Reproductiva”, donde reconoce que los programas de planificación familiar están en posición de ayudar en la prevención de infección con las ETS y el VIH a través de “la provisión de la información precisa y comprensible, la promoción del comportamiento sexual de bajo riesgo y la promoción del uso de condones”.⁴³⁹

La división entre los servicios de planificación familiar y los de prevención de las ETS y el VIH/SIDA está reflejada en las percepciones del condón como un método anticonceptivo o como una manera de proteger contra las ETS y el VIH/SIDA. Actualmente, hay esfuerzos que promueven el condón como un método de doble propósito – la prevención del embarazo y de la infección – si se usa correcta y consistentemente. El FNUAP, la ONUSIDA y la OMS se unieron recientemente para recomendar la protección doble.

¿Proveer Servicios Especiales Para Los Hombres O Utilizar Servicios Existentes?

¿Se debe integrar servicios para hombres en los servicios existentes o se debe servir a los hombres en clínicas aparte solamente para los hombres? En algunos países, la costumbre y la tradición dictan la necesidad de servicios separados para los hombres; otros han tenido éxito en la ampliación de

⁴³⁶ W. Cates et K. Stone, “Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update, Part 1”, *Family Planning Perspectives* 24, No. 2 (marzo/abril de 1992).

⁴³⁷ “Dual Protection: Reappraising the Condom as Contraception”

⁴³⁸ Comunicación personal con representantes/as de asociaciones de planificación familiar en la América Central, febrero de 2000.

⁴³⁹ IPPF (Federación internacional de planificación de la familia), “Statement on Sexually Transmitted Diseases and Reproductive Health”.

servicios existentes. Las decisiones sobre cuáles modelos serían mejores deben ser informadas por consultas con la comunidad para determinar sus preferencias, las necesidades de los hombres y el ambiente que utilizarían con más probabilidad y, por supuesto, los recursos disponibles. Los hombres en Kenia, por ejemplo, no se sienten cómodos cuando acuden a clínicas de planificación familiar, las cuales están tradicionalmente asociadas con las mujeres. A ellos les preocupa tener que hacer cola con mujeres para obtener condones y lo que las mujeres pensarían de ellos.⁴⁴⁰ En Bangladesh, antes de establecer clínicas para hombres en los servicios ya existentes de planificación familiar / cuidado materno-infantil enfocados en las mujeres, los y las gerentes evaluaron la aceptabilidad y necesidad en la comunidad para tales clínicas. Las clínicas solo para hombres han sido viables solamente en áreas urbanas, donde el volumen de clientes es lo suficiente alto para sostenerlas.⁴⁴¹ En algunos casos, las clínicas para hombres han generado ingresos suficientes para subsidiar los servicios para las mujeres que no pueden pagar el precio total.⁴⁴² Los servicios móviles son otra manera de llegar a los hombres, ya que los hombres están menos dispuestos que las mujeres a buscar atención. Generalmente, estos servicios se proveen a hombres y mujeres en áreas rurales, donde no hay otros servicios, y en barrios urbanos que carecen de servicios. En muchos casos, el servicio móvil está ligado a una clínica existente que almacena suministros y alterna el personal.⁴⁴³

Otras consideraciones relevantes incluyen las prácticas actuales de la búsqueda de atención médica de la comunidad y las razones que dan los y las clientes para escoger un/a proveedor/a; el aseguramiento de la disponibilidad de profesionales de salud para ofrecer los servicios clínicos; la capacitación de profesionales de salud en todos los aspectos de la salud sexual de los hombres, no solo en la gerencia de la clínica, sino también en la consejería y en el trabajo de temas psico-sociales; el mercadeo de las clínicas a través de mecanismos formales e informales; el aseguramiento de que la asistencia de las mujeres no se vea afectada negativamente; y las evaluaciones periódicas.⁴⁴⁴ En el análisis final, el conocimiento adecuado, un compromiso fuerte y la provisión de los servicios que los hombres necesitan merecen más consideración que el ambiente

⁴⁴⁰ C. Nzioka, "Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraception Use in Kenya" (informe emitido al Componente Estratégico sobre la Investigación de Ciencia Social de la Salud Reproductiva Programa Especial de Capacitación en Investigación, Desarrollo y Investigación de la Reproducción Humana, OMS, 2000), p. 51.

⁴⁴¹ AVSC Internacional, "Men as Partners Initiative: Summary Report of Literature Review and Case Studies" (New York, 1997), p. 41.

⁴⁴² AVSC Internacional, "Men as Partners: Ideas from Four Continents", *AVSC News*, primavera 1997.

⁴⁴³ M. N. Wegner et ál. , "Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action", *Family Planning Perspectives* 24, No. 1 (marzo de 1998), p. 41.

⁴⁴⁴ S. Hawkes, "Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh", *Sexual Health Exchange* 3 (1998), p. 14.

en que se proveen los servicios. En cualquier modelo escogido, se debe considerar las actividades comunitarias con grupos de hombres y redes sociales informales, pero éstas no deben sustituir intervenciones planeadas cuidadosamente.

Male Call (Llamado a los hombres): Servicios de salud reproductiva, desde una perspectiva de género, en ONG seleccionadas en las Filipinas

Taytay, la zona meta del proyecto, confronta un crecimiento de la población. El pueblo no tiene un hospital público; los servicios de salud del gobierno son proveídos por medio de unidades rurales de salud, las cuales son coordinadas por el/la Oficial de Salud Municipal; y los servicios de salud reproductiva solamente proveen anticonceptivos.

Aunque los hombres filipinos creen que los niños y las niñas son centrales a la familia y son inversiones para el futuro, muchas veces limitan a sus esposas al cuidado de los niños y al manejo de la casa. A través de la implementación de otros proyectos, PSPI, una ONG local que recibió fondos del FNUAP y la Fundación Turner, reconoció que los hombres claramente eran un obstáculo al acceso de las mujeres a servicios y atención médica.

Para enfrentar estas preocupaciones, las agencias cooperativas diseñaron un proyecto con el objetivo general de mejorar el estatus de salud reproductiva del grupo blanco promoviendo la sensibilidad a temas de género y el uso de servicios disponibles. Para lograr este objetivo, el proyecto difundió información sobre la salud reproductiva a los hombres, esperando motivarlos para que asumieran más responsabilidades familiares.

Male Call logró combinar estrategias educativas (la disseminación de información a través de los medios de comunicación impresos, las funciones culturales, la participación en eventos comunitarios y los talleres) con la provisión de servicios de salud reproductiva. El proyecto mantuvo comunicación con los y las participantes y utilizó su retroalimentación para preparar materiales educativos y para mejorar y ampliar el trabajo.

La provisión de servicios fue un componente integral a la estrategia del proyecto Male Call. Klinika Medico (KM) introdujo un sistema de referimiento, que ofreció precios rebajados en otros hospitales y se estableció como una clínica que conscientemente relaciona la salud familiar a la salud reproductiva y las preocupaciones sexuales de los hombres. Como resultado, se incrementó el número de aceptores de planificación familiar y clientes que buscaron servicios, como el tratamiento y manejo de infecciones del tracto reproductivo, visitas pre-natales y pruebas Pap.

La contribución más importante del proyecto fue ligar el género a la participación masculina dentro del contexto de la salud sexual y reproductiva. Los seminarios y talleres les dieron a los hombres la oportunidad de discutir sus comportamientos sexuales y hablar más libremente sobre temas de salud sexual y reproductiva con sus parejas. Los hombres pidieron la inclusión de sus esposas y adolescentes varones en los talleres de concientización. Las evaluaciones demuestran que el proyecto mejoró las relaciones que los hombres tenían con sus esposas. Los hombres aprendieron sobre el género, los derechos de las mujeres y las responsabilidades de los hombres en la familia.

Fuente: FNUAP Manila: J. Frances et al., “Assessing the UNFPA Ted Turner Projects in the Philippines”, Universidad de las Filipinas, Centro para Estudios Integrados y de Desarrollo, 1999; E. C. Abaya et al., “Male Call: An Evaluation Study”, Population Services Pilipinas, Inc., 2000; y Population Services Pilipinas, Inc., *Male Call: Enlightened Men, Empowered Citizens*, 2000.

Lecciones aprendidas:

- El acceso a la información junto a los servicios es clave para incrementar la participación masculina. La provisión de información adecuada a los hombres los hace más conocedores y partidarios de la salud reproductiva de sus familias.
- Los hombres, si se les educa y sensibiliza adecuadamente, pueden contribuir a que más mujeres acepten y practiquen la planificación familiar.
- La socialización temprana de los niños es necesaria para aumentar la participación masculina en la salud reproductiva.

¿Existe una idea especial de la calidad de atención para los hombres?

El marco de calidad de atención,⁴⁴⁵ que incluye opciones para servicios, información, competencia técnica, relaciones interpersonales, seguimiento y una selección apropiada de servicios, se puede aplicar tanto a programas para hombres como para mujeres. No obstante, para poder informar a los y las proveedores/as sobre la gama de servicios que los hombres quieren y necesitan, y el tipo de comunicación interpersonal que funciona mejor, se requiere investigación adicional. También se necesita nuevos indicadores para poder monitorear la satisfacción de clientes hombres. Algunos programas clínicos para hombres han ayudado en la identificación de elementos claves de servicios “amigables a los hombres” (véase en el cuadro siguiente). Los servicios también deben enfrentar el prejuicio de los y las proveedores/as contra el uso de métodos de planificación familiar para hombres.

⁴⁴⁵ J. Bruce, “Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework”, *Studies in Family Planning* 21, núm. 2 (1990): 61–69.

Maneras de hacer que los hombres se sientan cómodos en un centro de servicios⁴⁴⁶

- Utilizar un nombre para el programa/servicio que acoja a los hombres y a las mujeres. Evitar nombres que nombran solo a las mujeres o que implican que los hombres no serán bienvenidos sin una pareja mujer.
- Usar materiales y colores decorativos que acojan a los hombres. En el proceso de decorar las salas de espera, evite el uso de colores y decoraciones que se puedan considerar específicamente para las mujeres y niños. Si hay recursos limitados, tal vez no será posible cambiar los colores, los muebles o las decoraciones. Pero aun en estas situaciones, la selección de afiches o materiales de bajo costo pueden sutilmente sugerir que los hombres son bienvenidos.
- Designar un baño para los hombres, si es posible, señalándolo claramente como “Baño para Hombres.” Si los hombres y las mujeres compartirán el mismo baño, utilizar un término neutral, como “baño” o “servicio.” En estos casos, se debe poder cerrar la puerta con cerradura cuando está en uso.
- Incluir materiales de lectura para hombres en las salas de espera. Estos materiales pueden incluir revistas, periódicos y otras publicaciones que están de moda entre hombres en esa población y que son compatibles con la filosofía del servicio.
- Disponer de materiales de información, educación y comunicación para los hombres. Exhibir en las salas de espera materiales educativos para clientes que tratan temas relacionados con los hombres y afiches sobre anatomía masculina y el auto-examen genital para los hombres.
- Tener condones disponibles fácilmente. Exhibir letreros que indican “Condomes Disponibles” (de venta o gratis) en la recepción o en otra área donde los hombres probablemente los vean. La disponibilidad de más de una marca de condones, si es posible, ayuda a reforzar la idea de que el personal toma en serio las necesidades de los hombres en cuanto a la anticoncepción y protección de enfermedades.
- Crear una historia médica aparte para cada cliente masculino en vez de registrar su información médica en el archivo de su pareja femenina.
- Proveer espacio o tiempo especial para recibir a parejas, de modo que los hombres y las mujeres tengan la opción de recibir consejería juntos, si lo desean.
- Crear conciencia en la comunidad sobre los servicios de salud reproductiva para hombres. La disponibilidad de servicios de salud reproductiva para hombres debe ser anunciada claramente en cada una de las comunicaciones del servicio, incluyendo publicaciones, afiches/señales sobre los servicios, y mensajes en el contestador. Si es posible, el personal del servicio debe coordinar que promotores/as comunitarios/as hagan parte de su trabajo en el centro de servicios.

Enfrentando los prejuicios de proveedores/as contra los hombres, sus necesidades y los métodos anticonceptivos masculinos

Los prejuicios de los y las proveedores/as de salud pueden ser un gran obstáculo para el uso de servicios de salud reproductiva por los hombres. Además, el estigma asociado con el SIDA, combinado con el prejuicio y la denegación de los hombres que tienen sexo con hombres impiden los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA.⁴⁴⁷ Las señales comunes de prejuicios de proveedores/as contra la participación masculina incluyen: hacer que los hombres se sientan incómodos o no bienvenidos; no ofrecer consejería para los hombres ni métodos masculinos; proveer información inadecuada sobre los métodos masculinos o presentarlos de una manera negativa; y confrontar a los

⁴⁴⁶ AVSC International, “Introduction to Men’s Reproductive Services”, pp. 6.8–6.9.

⁴⁴⁷ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”, p. 19.

hombres haciéndoles preguntas en un espacio público en vez de en una sala separada y privada donde se puede asegurar que haya confidencialidad. Por ejemplo, una evaluación de necesidades hecha por la Asociación de Planificación Familiar de Kenia reveló lo siguiente: los y las proveedores tenían una actitud negativa hacia los clientes masculinos; los consideraban como visitantes no bienvenidos en las clínicas; no creían que la vasectomía es un método que se les debe ofrecer a los hombres; y les era difícil dar consejería a los hombres.⁴⁴⁸ Cuando las parejas masculinas que acompañaban a mujeres para servicios post-aborto en hospitales en Kenia expresaron su interés en recibir información sobre la planificación familiar, solamente una proporción pequeña recibió información o consejería.⁴⁴⁹

Otro prejuicio común entre proveedores/as es la creencia en que los hombres están opuestos a la planificación familiar y que no tienen interés en la salud sexual y reproductiva. La suposición de que los hombres no están interesados en tomar responsabilidad para la planificación familiar limita la disponibilidad de servicios para hombres. Tales creencias están basadas más en mitos que en la realidad. La verdad es que cuando los hombres son bienvenidos, acuden a los servicios. En Pakistán, un cambio sencillo en el letrero de la clínica de “No Se Admiten Hombres” a “Hombres Bienvenidos” resultó en la creación de una clínica para la salud reproductiva de los hombres.⁴⁵⁰

Muchos proveedores y proveedoras tienen información errónea acerca de los métodos anticonceptivos masculinos y la prevención del VIH/SIDA, y por lo tanto pueden compartir los mismos conceptos erróneos de sus clientes. Por ejemplo, los y las trabajadores/as de salud comunitaria en Kenia, en su mayoría mujeres, no promovieron la vasectomía porque creían que los hombres no la aceptarían nunca, y al promoverla perjudicaría a las campañas de planificación familiar.⁴⁵¹ Se pueden enfrentar conceptos erróneos como estos, mitos, y preconcepciones personales en una capacitación que enfatiza el cambio de actitudes en vez de solamente proveer información.⁴⁵²

⁴⁴⁸ FNUAP/CST, “Male Involvement in Reproductive Health and Mainstreaming Gender in Population and Development Programmes”, workshop proceedings, part I (Addis Ababa, 2–6 de febrero de 1998), p. 31.

⁴⁴⁹ Population Council, “Male Involvement in Reproductive Health Issues: What Do We Know about Male Involvement in Reproductive Health Decisions and Family Planning?” *Programme Briefs*, 1998 (actualizado en abril de 2000), www.Popcouncil.org/frontiers/orta/pbriefs/male_2.html.

⁴⁵⁰ FNUAP y Organización de Cooperación Económica, *The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes*, 1999, p. 12.

⁴⁵¹ C. Nzioka, “Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraceptive Use in Kenya”, p. 56.

⁴⁵² *Reproductive Health Outlook*, septiembre de 2000, www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

¿Cuál es el mejor enfoque para la comunicación interpersonal y la consejería en el marco de la salud? ¿Sólo hombres, sólo mujeres, o parejas?

Los programas de salud sexual y reproductiva ofrecen una variedad de servicios de consejería. Algunos dan consejería individual a hombres, otros dan consejería a hombres y mujeres, y algunos proveedores y proveedoras ofrecen talleres para parejas. La oferta de consejería solamente a los hombres, solamente a las mujeres, o a las parejas son todas alternativas viables. El éxito de estos enfoques depende de las costumbres sociales y tradicionales en la comunidad y de las preferencias individuales. Proveedores que dan consejería a parejas deben hacerlo con el consentimiento de la mujer para proteger sus preferencias en casos de desacuerdo con la pareja masculina o de uso clandestino de la anticoncepción.

La consejería individual

Tanto para los hombres como para las mujeres, un/a consejero/a bueno/a provee dirección confidencial y optimista y respeta la individualidad del/la cliente.⁴⁵³ No obstante, no se puede dar por sentado que un/a consejero/a que ha tenido éxito trabajando con mujeres logrará resultados parecidos con hombres. Dar consejería a los hombres requiere destrezas especializadas debido a la resistencia de los hombres para hablar de sus preocupaciones y buscar servicios.⁴⁵⁴ Si tienen un problema de salud, es más probable que vayan a una farmacia que a una clínica. Adicionalmente, las necesidades de consejería de los hombres son diferentes a las de las mujeres. Los hombres tienden a ser más interactivos, pedir más información técnica y hacer preguntas difíciles.⁴⁵⁵ También son menos propensos a reconocer su ignorancia sobre temas sexuales y reproductivos: tienden a minimizar sus problemas.⁴⁵⁶ Una investigación reciente en Kenia, llevada a cabo por la Universidad Johns Hopkins / Servicios de Comunicación sobre Población, reveló que los hombres en Kenia son más interactivos que las mujeres realizan más preguntas durante la consejería. Los y las proveedores/as tratan una gama más amplia de temas con los hombres. Cuando se provee consejería a parejas, los hombres hablan más que las mujeres. La capacitación para consejeros/as

⁴⁵³ AVSC International, “Men as Partners Initiative”, p. 21.

⁴⁵⁴ Ibid.

⁴⁵⁵ FNUAP, “Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle”, TSS *Occasional Paper Series*, núm. 1, junio de 1998.

⁴⁵⁶ Family Health International, “A Clinic for Her, and One for Him”, *Network* 18, núm. 3 (primavera de 1988).

debe ser diseñada tomando en cuenta estas diferencias específicas de género.⁴⁵⁷ Los hombres tienden a acudir a los servicios por razones de salud y terminan pidiendo consejería para asuntos personales.⁴⁵⁸

Los cuestionarios y/o programas de computadoras disponibles en las salas de espera también pueden ser utilizados para evaluar el riesgo del VIH de los y las clientes.⁴⁵⁹ Los estivadores en las Filipinas que están interesados en aprender más sobre la salud reproductiva tienen la oportunidad de aprender solos con la ayuda de un/a consejero/a *en situ* y una computadora portátil. Un programa desarrollado por PATH les da la oportunidad de evaluar su riesgo de contraer una ETS y de buscar respuestas a preguntas personales que tal vez no preguntarían al/a consejero/a por no sentirse cómodos. También ofrece información sobre la prevención de las ETS y la planificación familiar.⁴⁶⁰

La consejería en grupo y grupos de discusión

Los hombres no se ajustan tan bien a la infección con el VIH como las mujeres. Ellos pueden negar su estatus porque creen que “los hombres verdaderos nunca se enferman”, o que buscar ayuda significa reconocer su debilidad o fracaso.⁴⁶¹ Los grupos de discusión donde los hombres pueden interactuar con otros hombres sobre el VIH/SIDA y otros temas comunes de salud han sido eficaces.⁴⁶²

La consejería en pareja

Las discusiones y actitudes sobre la salud sexual y reproductiva ocurren en el “contexto de pareja.”⁴⁶³ Cada vez más, los y las proveedores/as reconocen esto – junto con la falta de comunicación entre parejas sobre las relaciones sexuales, el espaciamiento de nacimientos, la planificación familiar y las ETS – y por lo tanto enfrentan estos factores ofreciendo consejería a parejas. Hay varios beneficios de la consejería en pareja, especialmente en situaciones donde los

⁴⁵⁷ Y. M. Kim and D. Awasum, “What Are the Particular Aspects of Counseling Male Family Planning Clients? A Case from Kenya” (trabajo presentado en el Taller del grupo especial de APHA sobre la salud reproductiva de los hombres, noviembre de 1996).

⁴⁵⁸ AVSC International, “Men as Partners Initiative”, p. 21.

⁴⁵⁹ FNUAP y PATH, “Sexual Health”, *Outlook* 16, núm. 4 (febrero de 1999): 7; y adaptado de “Gender-Sensitive Reproductive Health Services”, *Reproductive Health Outlook*, septiembre de 2000, www.rho.org/html/gsh_overview.htm.

⁴⁶⁰ AVSC International, “Men as Partners in Reproductive Health”, p. 16.

⁴⁶¹ M. Foreman, ed., *Men and AIDS: Taking Risks or Taking Responsibility?* (Londres: Panos Institute y Zed Books, 1999), pp. 21–22.

⁴⁶² G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”, p. 24.

⁴⁶³ R. Rosenzweig et ál., “Male Involvement, Couple-Friendly Care, Relationship Awareness, and Gender Partnership in Reproductive Health” (trabajo presentado en la reunión de APHA, noviembre de 1996).

hombres son los únicos tomadores de decisiones.⁴⁶⁴ Estas iniciativas estimulan resultados mejores para la salud materna e infantil, la planificación familiar y la prevención y el tratamiento de las ETS.⁴⁶⁵ Aconsejar a hombres y mujeres en una relación monógama aumenta el uso de condones cuando se provee información sobre su uso correcto.⁴⁶⁶ El mejoramiento de la comunicación entre parejas sobre asuntos relacionados con el sexo y la fertilidad parece facilitar el uso de la anticoncepción.⁴⁶⁷ La consejería para parejas aumenta la conciencia sobre la responsabilidad compartida en la toma de decisiones sexuales y enfrenta los mitos de que el embarazo, las ETS y el VIH/SIDA son solamente problemas de las mujeres. Un estudio en Egipto encontró que los maridos que recibieron información sobre la condición médica de sus mujeres después de terminar un embarazo, sobre su recuperación y sobre los beneficios de la anticoncepción, dieron más apoyo clave y emocional a sus mujeres y más apoyo para planificación familiar. Su participación también mejoró la recuperación de las pacientes e incrementó sustancialmente la probabilidad del uso de la anticoncepción.⁴⁶⁸ Sin embargo, tales programas deben ser diseñados cuidadosamente para no arriesgar la autonomía y auto-determinación de la mujer cuando ella no esté de acuerdo con su pareja masculina.⁴⁶⁹

La transmisión de información sobre la salud sexual y reproductiva mediante talleres para parejas es otra estrategia que algunos proveedores y proveedoras están utilizando. En Zimbabwe, la Confederación de Sindicalistas encontró que sus actividades de prevención del VIH para hombres y mujeres individualmente fueron menos eficaces que los talleres para parejas. Estos han aportado resultados mezclados. Se tienen más resultados exitosos cuando las parejas se reúnen por separado con grupos de un solo sexo, y que a veces se reúnen juntos. Uno de los problemas en conducir estos talleres es encontrar un número suficiente de hombres que quieran participar. Otras iniciativas parecidas en la República de África Central sugieren que las reuniones pueden promover un proceso de comunicación, aunque sea indirecto. Las mujeres pueden plantear temas que son para el

⁴⁶⁴ K. Tolbert et ál., “Improving Reproductive Health of Couples: Men, the Ignored Partners”, en *Frontiers in Reproductive Health*, Biblioteca Electrónica 1990–1999 (Population Council, octubre de 1998), p. 9.

⁴⁶⁵ *Reproductive Health Outlook*, septiembre de 2000, www.rho.org/html/menrh_keyissues.htm#couples-counseling.

⁴⁶⁶ W. R. Finger, “Comportamiento influye en el uso de los condones”, *Network en español* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998), www.fhi.org/en/fp/fppubs/network.html.

⁴⁶⁷ *Reproductive Health Outlook*, septiembre de 2000, www.rho.org/html/menrh_keyissues.htm#couples-counseling.

⁴⁶⁸ N. A. Tawab et ál., “Effects of Husband Involvement on Post-abortion Patients’ Recovery and Use of Contraception in Egypt”, Population Council Operations Research/Technical Assistance Project y el Egyptian Fertility Care Society, 1997.

⁴⁶⁹ S. Clark et ál., “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes”, informe para el Ministerio Real para Asuntos Exteriores, Oslo, Noruega, 21 de febrero de 1999, p. 11.

beneficio de sus maridos sin romper el tabú de dirigirse a él directamente. En Camerún, la Organisation Syndicale des Travailleurs tuvo dificultades en grupos de ambos géneros en los cuales se discutieron temas sexuales porque las mujeres se sintieron avergonzadas y no querían hablar.⁴⁷⁰ Otros informan que los grupos mezclados no funcionan porque los hombres tienden a dominarlos. Casa de la Mujer en Bolivia tuvo éxito en aumentar la participación de los hombres a través de enfermeros/as que visitaron parejas en las casas para explicar los talleres.⁴⁷¹

Uso de promotores y proveedores masculinos

¿Los hombres aceptarían ser atendidos por una médica? ¿Prestarán atención a una promotora o hablarán con una consejera? ¿Comprarán condones a las promotoras de salud? ¿Para los hombres, una promotora será más aceptada que un proveedor? Las respuestas a estas preguntas y un entendimiento más claro de los criterios que usan los hombres para decidir si aceptarían servicios de las mujeres requieren más investigación. El conocimiento corriente es que estas decisiones son influenciadas por las normas de género en el contexto local. En culturas más tradicionales, la preferencia de los hombres por proveedores masculinos de salud es más alta. Un programa en la India que involucró a los hombres en la preparación para el parto seguro señaló que los promotores masculinos desempeñaron un papel importante en la motivación de los hombres en la comunidad y que su papel fue “crucial” para los grupos de adolescentes.⁴⁷² Otro programa en la India que brindó capacitación en género para jóvenes reveló que el uso de facilitadores masculinos es importante para hacer que el ambiente de la capacitación sea empático y no amenazador a los hombres.⁴⁷³

En Kenia, en un proyecto que usó promotores pares masculinos para difundir información sobre la planificación familiar a hombres casados, la mayoría de los hombres entrevistados dijeron que esos promotores eran fuentes aceptables y confiables de información. El estudio encontró que el uso actual de promotoras comunitarias femeninas para distribuir anticonceptivos “produce tensiones y desalienta a los hombres a que participen en actividades de planificación familiar”. Los hombres se sienten “inseguros” con las promotoras comunitarias porque “las culturas locales no apoyan mucho a mujeres como fuentes creíbles de información sobre métodos de planificación familiar”.⁴⁷⁴ Los resultados de otro estudio en Kenia apoyan el planteamiento de que los promotores masculinos

⁴⁷⁰ OIT, “Lessons Learned from UNFPA/ILO Programmes about Reaching Men” (sin fecha), p. 5.

⁴⁷¹ Family Health International, “Men Influence Contraceptive Use”, *Network* 18, núm. 3 (primavera de 1998).

⁴⁷² *Reproductive Health Outlook*, September 2000, www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

⁴⁷³ Ibid.

⁴⁷⁴ C. Nzioka, “Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraceptive Use in Kenya”, p. 59.

tendrán más éxito que las promotoras femeninas en llegar a los hombres. El sitio de distribución con personal masculino distribuyó casi tres veces el número de condones que los otros dos sitios.⁴⁷⁵

El género del proveedor/a no parece ser importante en Colombia, Uganda o los Estados Unidos. A los clientes masculinos entrevistados en estos países no les importa mucho si reciben atención de un proveedor masculino.⁴⁷⁶ En sociedades donde a los hombres no les importa trabajar con promotoras femeninas, lo más importante es la capacidad de un/a promotor/a de hacerlos sentirse cómodos y de responder a sus preocupaciones. Durante grupos de discusión semanales, los hombres en Brasil hablan abiertamente en la presencia de una facilitadora.⁴⁷⁷

Como en otros casos, el ambiente social y las preferencias individuales tienen una influencia grande en el nivel de comodidad que tienen los hombres con profesionales de salud femeninas. Tener un equilibrio de hombres y mujeres en todos los niveles del personal no sólo promueve la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, sino que también puede tener un papel en el aumento de la conciencia de los hombres sobre el género y los papeles de género, y posiblemente pueda llevar a un incremento en la confianza que tienen los hombres en proveedoras femeninas y en la consideración de papeles de género alternativos para ellos mismos.

La capacitación de proveedores/as para trabajar con los hombres

Dado el creciente compromiso institucional para involucrar a los hombres en la prevención del VIH y el tratamiento del SIDA, y para ofrecer servicios con una perspectiva de género, es necesario capacitar a los y las proveedores/as. La salud reproductiva de los hombres puede ser incorporada en la capacitación pre-servicio, en-servicio y en el trabajo. Tal información puede incluir: la fisiología reproductiva de los hombres; la sexualidad masculina; los métodos anticonceptivos masculinos; la prevención y el tratamiento de ETS; la prevención del VIH; las causas y el diagnóstico de la infertilidad masculina; la importancia de tomar decisiones sobre la reproducción en pareja; la clarificación de valores sobre papeles de género, la sexualidad, la actividad sexual de adolescentes y los métodos anticonceptivos masculinos; y técnicas para la consejería, comunicación y trabajo comunitario con hombres.

⁴⁷⁵ Population Council, “Male Community-Based Distribution Agents Effective at Reaching Men with Family Planning Message”, *African Alternatives* 2, núm. 1 (agosto de 1995): 6.

⁴⁷⁶ AVSC International, “Men as Partners: Ideas from Four Continents”.

⁴⁷⁷ IPPF/WHR, “The Flip Side: Involving Men in Sexual and Reproductive Health”, *Foro* 14, núm. 2 (diciembre de 1999): 4–5.

En los programas de salud para hombres es crítico tener el personal adecuadamente capacitado, desde la gerencia y administración hasta la recepción y la guardia. El personal de “primera línea”, incluyendo los porteros, los guardas y recepcionistas, generalmente son las primeras personas que un/a cliente encuentra. El comportamiento de este personal es un elemento clave en el éxito o fracaso de un programa de salud reproductiva para hombres. Este personal debe estar capacitado para: ayudar a que los hombres se sientan cómodos hablando de temas relacionados con la salud; ser sensible a las necesidades de salud de todos los y las clientes; mantener la confidencialidad de los y las clientes; ser objetivo, particularmente en la atención a parejas; poder reconocer y hacer frente a emergencias potenciales; pedir ayuda a consejeros/as o proveedores/as de servicios en una situación que esté fuera de su control; poder distinguir entre situaciones peligrosas y no-amenazadoras; y poder ocuparse de clientes enojados.

La capacitación también debe alentar a los y las administradores/as a que evalúen cómo sus políticas y procedimientos afectan la entrega de servicios a los hombres, y cómo pueden crear un ambiente acogedor para los hombres dentro de la clínica, siempre tomando en cuenta la relación entre las necesidades de salud reproductiva de los hombres y las mujeres.⁴⁷⁸

La capacitación es particularmente útil cuando ya se ha tomado la decisión de incorporar servicios y consejería para hombres dentro de los servicios orientados a las mujeres. La mayoría de los y las profesionales de salud no tienen o tienen poca experiencia trabajando con hombres, y tampoco conocen o se sienten cómodos/as tratando la sexualidad, pues tradicionalmente la capacitación enfatiza la adquisición de conocimiento técnico pero ignora temas como las relaciones de poder entre hombres y mujeres y entre proveedores/as y clientes y la sexualidad. Nuevos protocolos y métodos educativos, en combinación con la capacitación, pueden dar a los y las profesionales de salud el conocimiento y las destrezas que necesitan para ofrecer servicios más extensivos y para tratar la sexualidad de sus clientes sin criticarles.⁴⁷⁹ Las destrezas que se necesitan para proveer servicios a los hombres incluyen: el trato a los clientes con respeto; la recopilación de la información del cliente sobre sus parejas sexuales actuales y pasadas, sus prácticas, riesgos para ETS, satisfacción sexual y problemas para poder determinar sus necesidades de salud y de planificación familiar; la determinación y sugerencia de métodos de anticoncepción que satisfagan sus necesidades; la identificación de los síntomas de ETS; el conocimiento sobre las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres; apoyar y no criticar al cliente; proveer un ambiente privado y confidencial en que los

⁴⁷⁸ I. Ndong et ál., “Men’s Reproductive Health”, p. 54.

clientes se sientan cómodos hablando de estos temas; y ofrecer otras alternativas para buscar información delicada. Idealmente, los y las proveedores/as deben también ser capacitados/as para reconocer los síntomas del abuso de drogas y alcohol, el cual puede contribuir a la violencia basada en género y comportamiento sexual de alto riesgo.⁴⁸⁰

La capacitación de proveedores/as en una perspectiva de género

Los programas existentes, ya sirvan a hombres o a mujeres, se enfocan en cada género por separado y exclusivamente, sin considerar la interacción entre los hombres y las mujeres y sus necesidades respectivas. Este enfoque no es adecuado porque no considera el proceso de toma de decisiones y el contexto que las influencia. Las otras desventajas de esta interpretación abreviada de una “perspectiva de género” surgen del partidismo por las mujeres; da por sentado que los hombres son irresponsables y los ve como un instrumento para asegurar el bienestar de las mujeres y por lo tanto no atiende a las necesidades de los hombres.⁴⁸¹ Es importante tener una perspectiva de género en el primer plano de todos los servicios de salud, incluyendo servicios para los hombres. Esto requiere un análisis de los intereses diferentes de mujeres y hombres y de sus contribuciones durante diferentes fases del programa, la identificación de los papeles de mujeres y hombres (como miembros del personal, voluntarios y clientes), y la conciencia de las consecuencias positivas y negativas de las necesidades de las mujeres.⁴⁸²

La capacitación en género da a profesionales de salud la habilidad de reconocer los temas de género que afectan tanto a las mujeres como a los hombres.⁴⁸³ La Acción Social para Habitantes Rurales y Tribales de la India (SARTHI, con sus siglas en inglés) ha trabajado con hombres y mujeres durante varios años y ha concluido que la capacitación debe ser “basada en experiencias y centrada en el/la participante, en vez de centrada en la clínica y en el/la capacitador/a o el tema”. Esta conclusión surgió del entendimiento de que “se debe hacer el empoderamiento de las mujeres y la sensibilización de los hombres simultáneamente como procesos paralelos” porque los hombres necesitan liberación de las construcciones de la masculinidad y las mujeres necesitan liberación de su baluarte.⁴⁸⁴ Similarmente, Salud y Género en México propone que la discusión del género y la masculinidad no es posible al nivel institucional hasta que los individuos involucrados reflejen

⁴⁷⁹ *Reproductive Health Outlook*, septiembre de 2000, www.rho.org/html/gsh_overview.htm.

⁴⁸⁰ FNUAP/CST, “Male Involvement in Reproductive Health”, p. 60.

⁴⁸¹ FNUAP, “**Male Involvement in Reproductive Health**”.

⁴⁸² M. Ladjali, “Gender Quality of Care: Common Approaches for Common Goals”, OMS, 1998, p. 6.

⁴⁸³ *Ibid.*, p. 8.

sobre sus propios valores y realidades en relación al género.⁴⁸⁵ Un estudio en Perú confirma la “importancia de género y cultura, especialmente las definiciones culturales de la masculinidad y la feminidad, en la determinación de comportamiento reproductivo”, factores que los y las proveedores/as deben considerar.⁴⁸⁶

Esquemas de distribución de suministros de salud reproductiva

Mercadeo social

Los programas de mercadeo social son aquellos que venden anticonceptivos y otros productos relacionados a la salud a precios subsidiados a través de redes comerciales. El mercadeo social también incluye la aplicación de investigaciones de mercadeo y técnicas de publicidad en el componente promocional de intervenciones de IEC. Empresas comerciales y agencias sin fines de lucro, con la participación limitada del gobierno, manejan la mayoría de los programas de mercadeo social de anticonceptivos.

Casi todos los programas de mercadeo social de anticonceptivos han incluido condones porque éstos no requieren supervisión médica y generalmente no tienen que ser registrados con el gobierno como un producto farmacéutico.⁴⁸⁷ Las ventas comerciales subsidiadas son una manera eficaz en términos de costos para proveer condones a un gran número de hombres en los países en desarrollo. Se pueden aumentar notablemente la disponibilidad de condones en todo un país porque los programas de mercadeo social de anticonceptivos utilizan sistemas de distribución existentes y puntos de venta al por menor. Generalmente, la cobertura en áreas rurales es débil, pero con el mercadeo social es más amplia que la distribución de los puestos de salud.

El mercadeo social es una manera poderosa de llegar a los hombres. Al utilizar los varios medios de comunicación (prensa, radio, televisión, revistas), es más probable que el mercadeo social llegue a

⁴⁸⁴ S. Raju y A. Leonard, eds., *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality* (Population Council, Oficinas regionales del Sur y Este, 2000), p. 23.

⁴⁸⁵ “Lessons Learned from the Salud y Genero Programme in Mexico”, *Reproductive Health Outlook*, septiembre de 2000, www.Rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

⁴⁸⁶ K. Tolbert et ál., “Improving Reproductive Health of Couples”, p. 11.

⁴⁸⁷ J. D. Sherris, “Contraceptive Social Marketing: Lessons from Experience”, *Population Reports*, serie J, núm. 30, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, julio/agosto de 1995.

hombres que por la educación basada en las clínicas. La publicidad y el mercadeo de condones pueden promover el uso de los mismos tanto con parejas casuales que con esposas.⁴⁸⁸

Los programas de venta que rebajan el costo de condones han tenido éxito en la venta de decenas de millones de condones masculinos en países que hace sólo una década reportaron uso mínimo del condón. En Etiopía, se incrementó cinco veces (de 4 millones a 21 millones vendidos anualmente), y en Brasil las ventas anuales de condones aumentaron nueve veces en tres años (de 3 millones a 27 millones).⁴⁸⁹ El mercadeo social utiliza estudios de mercado para determinar nombres para condones, como “Confianza” y “Prudencia”, para poder venderlos. Sin embargo, esto promueve un cambio de comportamiento sin involucrar a los hombres y mujeres en un diálogo sobre la seguridad. En algunos casos, es posible que la promoción refuerce comportamientos masculinos en vez de cambiarlos.⁴⁹⁰ Mensajes exitosos tienden a enfatizar el valor económico de familias pequeñas y pintan a los hombres como los protectores de sus familias. En Marruecos, una campaña de mercadeo por la radio y en la prensa representó el uso de condones como una oportunidad para los hombres de compartir la responsabilidad por la toma de decisiones sobre la reproducción.⁴⁹¹

Las campañas de mercadeo son también herramientas útiles para atraer a hombres a las clínicas. Profamilia en Colombia promueve sus servicios a través de los medios de comunicación y trabajadores de campo. En Brasil, Pro-Pater incrementó el número de vasectomías mensuales en un 80 por ciento utilizando cuñas de televisión y carteleras proclamando que “la vasectomía es un acto de amor”.⁴⁹²

El programa de Social Marketing for Adolescent Sexual Health (SMASH) que se llevó a cabo en Botswana, Camerún, Guinea y Sudáfrica provee lecciones importantes para mejorar programas de mercadeo social que se dirigen a los y las adolescentes.⁴⁹³ Al contrario de programas de mercadeo

⁴⁸⁸ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, “Better Together: A Report on the African Regional Conference on Men’s Participation in Reproductive Health” (Baltimore, Maryland, abril de 1997), p. 11.

⁴⁸⁹ W. R. Finger, “[Aumenta el uso de condones](#)”, *Network en español* 18, núm. 3 (Family Health International, primavera de 1998), www.fhi.org/en/fp/fppubs/network.html.

⁴⁹⁰ M. Foreman, ed., *AIDS and Men*, p. 41.

⁴⁹¹ Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Programme, “Promoting Male Methods and Men’s Services”, *Population Reports*, serie M, núm. 12, julio de 1994, p. 29.

⁴⁹² Ibid.

⁴⁹³ USAID y Measurements Communication, “Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operation Research in Botswana, Cameroon, Guinea, South Africa”, junio de 2000, www.Measurecommunication.org/factsheets/smash/program_lessons.htm.

social dirigidos a hombres adultos, el cambio de comportamiento fue un componente clave de este programa (véase al **Capítulo VII**).

Alianzas con el sector privado⁴⁹⁴

En la mayoría de los países, los condones son distribuidos por varios canales adicionales a los de mercadeo social y distribución por gobiernos, ONG y empresarios. Se venden comercialmente en farmacias y otros puntos de venta al por menor porque vender condones a través de tiendas que no son farmacias incrementa las ventas. Tales puntos de venta incluyen tiendas que venden de todo, tiendas de comestibles, tiendas de cosas para llevar, clubes sociales, cabarets, barberías, hoteles, casas de huéspedes, kioscos, mercados al aire libre, estaciones de petróleo, taxis y hasta botes de río. Es importante poner puntos de venta de condones estratégicamente en lugares donde los hombres – incluyendo a los adolescentes – se reúnen, por ejemplo las instalaciones militares, las residencias estudiantiles, los puntos de veraneo y otros lugares turísticos, los centros de transporte, las paradas de camiones, las clínicas de tratamiento para la drogadicción, y en las calles, particularmente en distritos de sexo comercial. Las vendedoras automáticas de condones pueden mejorar la disponibilidad porque ofrecen anonimidad y conveniencia.

El “Programa de Condones 100 Por Ciento” en Tailandia intentó hacer que el uso de condones fuera universal entre clientes de trabajadores/as de sexo comercial. El gobierno cerró los prostíbulos que no cumplieron con el requisito del programa de que los y las trabajadores de sexo denegaran tener relaciones con clientes que rehusaran el uso de condones. A este programa, uno de los más exitosos, se le atribuye el incremento del uso de condones en establecimientos de sexo comercial de un 25 por ciento a más del 90 por ciento en unos cuatro años. Las tasas de infección con ETS entre trabajadores/as de sexo comercial disminuyeron por más de 85 por ciento. Voluntarios/as entrevistados en el 1991, el segundo año del programa, reportaron que era “mucho más propenso a utilizar condones y también que hicieron menos visitas a los prostíbulos”.⁴⁹⁵

Cada vez más se ofrece condones en los lugares de trabajo. Esto fue ejemplificado en un programa de prevención del SIDA en la República Dominicana, que distribuye condones a trabajadores/as en hoteles. En las oficinas de Barclay’s Bank en Zambia se ofrecen condones gratis a empleados/as, y en Sudáfrica, una empresa de aluminio provee condones en todos los baños. En Uganda, el ejército

⁴⁹⁴ Adaptado de “Closing the Condom Gap”, *Population Reports*, serie H, núm. 9 (Johns Hopkins University School of Public Health, abril de 1999).

⁴⁹⁵ Ibid.

distribuye condones tanto en las instalaciones militares como en lugares cercanos frecuentados por soldados.

La distribución comunitaria

Los programas de distribución comunitaria han tenido éxito distribuyendo anticonceptivos, principalmente a mujeres, en áreas remotas. Tales programas pueden ser adaptados fácilmente a servir a hombres y mujeres incluyendo condones e información sobre la vasectomía. Se debe considerar cuidadosamente al reclutamiento, la capacitación y la supervisión de profesionales de salud porque ellos/as desempeñan un papel importante en la motivación de parejas y muchas veces son modelos que ayudan a establecer hábitos reproductivos más saludables en la comunidad.⁴⁹⁶ La inclusión de miembros de la comunidad en la selección de promotores/as comunitarios/as de distribución y el aseguramiento de que sean compensados y reconocidos adecuadamente puede asegurar una labor bien hecha, el apoyo comunitario adecuado y pocos cambios del personal.

Cada vez más se está reconociendo el valor de promotores comunitarios masculinos. Los hombres han sido particularmente exitosos en la promoción del uso de métodos masculinos, la educación a hombres y parejas, y la diseminación de información sobre la planificación familiar en áreas donde las costumbres sociales o el terreno inhóspito crean impedimentos para promotoras femeninas. Reclutar a hombres que tienen la confianza y respeto de la comunidad, y quienes tienen contacto con otros hombres en sus vidas cotidianas, contribuye a su efectividad; en Camerún, hombres que fueron líderes de opinión se hicieron voluntarios.⁴⁹⁷

⁴⁹⁶ *Reproductive Health Outlook*, septiembre de 2000, www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

⁴⁹⁷ L. Touré, "Male Involvement in Family Planning", p. 12.

Nuevas estrategias para llegar a los hombres: Barberías en la República Dominicana

En la República Dominicana, se estima que se ha llegado a casi un millón de hombres con mensajes de prevención de ETS/VIH/SIDA a través de las barberías. Los barberos también distribuyeron condones y fueron capacitados en la comunicación interpersonal. Se les alentó a referir a sus clientes que tenía una ETS a clínicas privadas y públicas para tratamiento. Los barberos fueron seleccionados por su nivel de alfabetización, por sus habilidades de liderazgo y por su interés en el bienestar y desarrollo de la comunidad. Una ONG, la Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM), proveyó a los barberos una capacitación básica, la cual incluyó lecciones que demostraron cómo usar un condón y cursos de actualización; materiales de IEC; y condones. La ONG hizo visitas de supervisión.

Los barberos tenían mucha motivación. Pocos de los que recibieron la capacitación dejaron el programa. Vieron que su participación les llevó prestigio e influencia adicional en sus comunidades. Los servicios adicionales también aumentaron el número de clientes para los cortes de pelo. Aun después del fin del proyecto, los barberos seguían vendiendo condones a través del mercadeo social, refiriendo a clientes con ETS y proveyendo información. El hecho de que ellos ya eran autosuficientes económicamente les permitió sostener su participación voluntaria. Los barberos reconocieron que las relaciones fuera del matrimonio eran comunes y que los hombres y sus parejas necesitaban protección. Desafortunadamente, los hombres con ETS que los barberos refirieron a servicios públicos y privados para el tratamiento encontraron que los servicios no eran adecuados. No se habían establecido alianzas institucionales entre el proyecto y las clínicas, las cuales carecían de normas de tratamiento, no tenían suministros suficientes de drogas, y tenían poco apoyo de laboratorios. El personal de salud no prestó atención particular a los clientes referidos por los barberos, ni hicieron un esfuerzo para diagnosticar las ETS no sintomáticas.

Una evaluación del proyecto concluyó que, a pesar de los problemas con los referimientos, involucrar a los barberos fue una estrategia eficaz en términos de costos para llegar a una población relativamente difícil de influenciar.

Fuente: FNUAP, "Support to HIV/AIDS Related Interventions", *Evaluation Report no.16, 1999*, p. 40.

Más de 250.000 barberos en la India han sido capacitados como promotores comunitarios de salud. Ellos hablan de condones en sus tiendas y se los distribuyen a clientes. Hombres del pueblo se sienten más cómodos hablando con sus barberos que con personal clínico.⁴⁹⁸ En Kenia, la Asociación de Planificación Familiar capacita a voluntarios/as para llegar a hombres a través de varios canales. Un empleado en la fábrica de frazadas de Nakuru enseña a otros empleados sobre la anticoncepción, el espaciamiento de partos y el VIH/SIDA, y distribuye condones y píldoras a sus compañeros. También los visita en sus casas, responde a las preguntas de los hombres, y alienta a que las parejas tomen decisiones sobre la reproducción juntos. Adicionalmente, refiere a clientes interesados en tener una vasectomía o ligadura a la clínica.⁴⁹⁹

⁴⁹⁸ M. Drennan et ál., "New Perspectives on Men's Participation", *Population Reports*, serie J, núm. 46, (Johns Hopkins University School of Public Health, octubre de 1998), p. 29.

⁴⁹⁹ Ibid.

En África, la distribución y venta comunitaria – muchas veces de hombre a hombre – han aumentado el acceso que tienen los hombres a condones y a consejería sobre los condones.⁵⁰⁰ No obstante, los y las proveedores/as deben tener cuidado en la evaluación de realidades sociales en las comunidades que sirven. Un estudio llevado a cabo en Gana y Burkina Faso encontró que la distribución comunitaria puede incrementar el acceso a y el uso de la planificación familiar cuando se diseña para satisfacer las necesidades de la comunidad de una manera aceptable culturalmente.⁵⁰¹ En Malí, la *Association de Soutien au Développement des Activités de Population* trabajó con el proyecto del Centre for Development and Population Activities/ACCESS para ampliar los servicios comunitarios de planificación familiar y promover la participación de los hombres. Con el apoyo de líderes tradicionales, se capacitaron voluntarios masculinos para distribuir anticonceptivos y para difundir información sobre la salud reproductiva, incluyendo la prevención de ETS/VIH, los comportamientos de alto riesgo y el uso de condones. El proyecto aumentó el interés de los hombres en la salud de madres y niños/as, y provocó un mayor interés en métodos modernos para espaciar los embarazos.⁵⁰²

Llegar a los hombres en programas basados en el empleo⁵⁰³

La oferta de información y servicios de planificación familiar en el lugar de trabajo tiene varias ventajas: es una manera eficaz de llegar a un número grande de hombres, los cuales pocas veces acuden a clínicas de salud; es conveniente; y es eficaz en términos de costo porque los empresarios pagan una parte de los costos continuos del programa. Hay programas basados en el empleo en una variedad de lugares de trabajo, incluyendo fábricas, minas y haciendas, y en gremios y colectivas de trabajadores. La mayoría de los empresarios grandes ya proveen atención de salud de una forma a sus empleados/as y sus dependientes, y por lo tanto pueden añadir la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva a bajo costo o sin costo adicional. Fue ésta la intención de la CIPD cuando alentó al sector privado a “seguir creando e implementando programas especiales que ayuden a satisfacer las necesidades que tienen los y las empleados/as para la información, la educación y los servicios de salud reproductiva, y a acomodar las necesidades de sus empleados/as para combinar el trabajo con responsabilidades familiares”.⁵⁰⁴

⁵⁰⁰ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, “Better Together”, p. 11.

⁵⁰¹ Population Council, “Community-based Distribution”, *Population Briefs* 5, núm. 4 (diciembre de 1999), www.popocouncil.org/publications/popbriefs/.

⁵⁰² FNUAP, *El Estado la Población Mundial 2000*.

⁵⁰³ Adaptado del C. Hein et ál., *Population Education and Services in Enterprises*, FNUAP/OIT, 1992, p. 77. (INT/92/P77).

⁵⁰⁴ Naciones Unidas, informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo (5–13 de septiembre de 1994) A/CONF.171/13, 18 October 1994, párr. 15.20.

Un estudio reciente sobre programas en lugares de trabajo encontró que en varios países en desarrollo, los ministerios de empleo, las organizaciones de empresarios, los gremios y las empresas individuales han implementado varios tipos de actividades relacionadas con la población.⁵⁰⁵ Inicialmente promovidos por el FNUAP, la OIT y el FAO, estos programas, gracias a las políticas gubernamentales, han evolucionado de servicios de planificación familiar hacia el bienestar de la familia, incluyendo la salud reproductiva. En las Filipinas, por ejemplo, el código laboral requiere que establecimientos con más de 200 trabajadores/as provean la planificación familiar, servicios educativos y programas de bienestar de la familia.⁵⁰⁶

Programas existentes basados en empresas varían significativamente entre los países y entre empresas, y también varían las razones del empresario por implementarlos. Los y las gerentes indican que la responsabilidad social, la filosofía de gerencia, la inversión en recursos humanos y los beneficios económicos (derivados de la reducción en el ausentismo y de un personal sano) son razones comunes por su interés en proveer servicios de educación y salud familiar. También reconocen que la pandemia del VIH/SIDA dio un nuevo ímpetu para proveer programas educativos de prevención y en algunos casos tratamiento para el SIDA. La mayoría de los programas proveen educación en varias áreas que afectan la calidad de vida de los y las trabajadores/as y sus familias y que se puede vincular con el tamaño de la familia y el espaciamiento de los partos tales como: la edad al casamiento, las relaciones entre maridos, la atención médica materna, la educación de los niños y niñas, la nutrición, el alcoholismo, y la administración de las finanzas y los recursos de la familia. De esta manera, los temas relacionados con la reproducción se colocan dentro del contexto del trabajo, las aspiraciones económicas, el tiempo libre y la vida familiar.

Se ha hecho más aceptable últimamente dirigir programas a trabajadores/as jóvenes solteros/as, quienes muchas veces tienen necesidades relacionadas con temas de la familia y salud reproductiva. Por ejemplo, un proyecto que empezó en 1989 en Sri Lanka fue establecido en la Zona Libre de Katunayake, donde la mayoría de los y las trabajadores/as no es casada. Las sesiones educativas sobre la reproducción y la planificación familiar que fueron conducidas en la zona tenían mucha popularidad entre los y las trabajadores/as, pero había algunas dificultades en términos de acceso a métodos de planificación familiar.⁵⁰⁷

⁵⁰⁵ C. Hein, "Population and Programmes in Enterprises: Some Lessons Learned", *Population Education and Services in Enterprises*, FNUAP/OIT (INT/92/P77), p. 1.

⁵⁰⁶ M. E. Aganon et ál., "Population and Family Welfare Programmes at Enterprise Level: The Philippine Experience", *Population Education and Services in Enterprises*, FNUAP/OIT (INT/92/P77), p. 23.

⁵⁰⁷ C. Hein, "Population Programmes in Enterprises", pp. 2–8, 13–14.

También se están tratando temas relacionados al género con más frecuencia en actividades educativas para trabajadores/as. Este cambio es particularmente alentador en casos donde los hombres constituyen la mayoría del grupo blanco, como fue el caso de la Organización de Sindicalistas de Tanzania. Pero hace falta más trabajo sobre los varios temas relacionados con el género, incluyendo cómo se puede tratar la comunicación entre parejas en programas educativos.

Cuando los programas se amplían, las empresas muchas veces deciden contratar servicios. La Asociación de Sindicalistas de las Filipinas, por ejemplo, tiene una clínica móvil en la región de Cebu para proveer servicios de planificación familiar y otros a varias empresas con trabajadores/as que son miembros de los gremios. Las empresas que fueron visitadas son principalmente de tamaño pequeño o medio, lugares donde servicios médicos *in situ* o no existen o son muy limitados.⁵⁰⁸ Las asociaciones de planificación familiar en América Latina están empezando a considerar la venta de algunos de sus programas al sector público. Profamilia de Colombia tiene una estrategia comercial dentro de sus programas, la cual requiere que el/la coordinador/a de programas para adolescentes promueva y mercadee los servicios ofrecidos a adolescentes, padres y madres, profesores/as y proveedores/as de salud. Esta estrategia ha generado contratos con agencias gubernamentales y el sector privado para la venta de servicios médicos, incluyendo pruebas del embarazo; talleres educativos en escuelas privadas; y la venta de anticonceptivos.⁵⁰⁹ En Madagascar, el proyecto Appui au Programme de Population/Planification Familiale (APPROPOP/PF) – fundado por USAID – colaboró con la Association Medicale Inter-enterprises de Tananarivo (AMIT), una organización de gerencia de la salud, para disminuir la tasa de fertilidad a un nivel más consistente con los objetivos y las capacidades socioeconómicos de Madagascar. El proyecto cubrió el costo de capacitación, anticonceptivos, asistencia técnica y materiales de IEC, mientras las contribuciones de los empresarios y trabajadores/as al AMIT pagaron el personal, la infraestructura y la provisión de servicios. Agentes de planificación familiar capacitados/as proveyeron consejería a sus colegas en empresas grandes y en fábricas y distribuyeron condones, óvulos de espermicido y anticonceptivos orales. Agentes paramédicos hicieron visitas para proveer anticonceptivos inyectables y referir clientes que querían métodos de largo plazo a dos centros médicos del AMIT. El programa tuvo

⁵⁰⁸ S. G. Avenido, “Member and Family Welfare Services Provided by the Associated Labour Unions/Trade Union Congress of the Philippines”, en ILO Report of Regional Consultative Meeting on Comprehensive Member and Family Welfare Services by Trade Union Organizations (Cebu, 23–27 de abril de 1996).

⁵⁰⁹ Meglioli, A., IPPF/WHR, comunicación personal, octubre de 2000.

éxito en aumentar la prevalencia de uso de anticonceptivos por 10 veces en 11 sitios pilotos, y ha sido adoptado por nueve organizaciones de gerencia de salud en cinco ciudades grandes.

Llegar a los hombres a través de grupos organizados

Los clubes de deportes, las salas de sindicatos, las oficinas centrales de asociaciones de industrias, y las prisiones son lugares donde los hombres tienden a congregarse. Los programas comunitarios deben trabajar con estos tipos de grupos.

Los militares

Uno de los mayores empleadores de hombres es el ejército. El personal militar tiene un alto riesgo de ser expuesto a enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH. En tiempos de paz, la tasa de infección con ETS entre los militares es generalmente de 2 a 5 veces más alta que la de comparables poblaciones civiles. La diferencia puede ser aun más alta en tiempos de conflicto.⁵¹⁰ Es común la situación en que el personal militar masculino es mandado a postas lejos de sus esposas y familias por tiempos de varios períodos. Y en estas situaciones, son sometidos a la presión de sus pares y a una creciente industria del sexo. Estas situaciones son ejemplos del “medio de riesgo cultural” (véase los capítulos I y V). Al mismo tiempo, el servicio militar presenta una oportunidad única para proveer prevención del VIH/SIDA, educación sobre la salud reproductiva y capacitación en género a una audiencia grande y cautiva en un ambiente organizado. Tal ambiente ofrece una oportunidad para varias intervenciones de salud reproductiva, tales como la capacitación de personal de salud militar en mejorar o ampliar sus programas de educación sobre la prevención, la promoción y distribución de condones, la ampliación del tratamiento de las ETS, y la oferta de consejería sobre y la prueba del VIH/SIDA.⁵¹¹ También requiere dirigirse a la cultura de “toma de riesgos” y la actitud hacia las mujeres, tanto en la población civil como en el ejército, por ejemplo a través de grupos de apoyo sobre género y nuevos códigos de comportamiento. El FNUAP ha financiado proyectos exitosos dirigidos a hombres militares, con la expectativa de que estas actividades disminuirán el comportamiento de alto riesgo, la vulnerabilidad de sus familias y la población civil, y la violencia contra las mujeres ampliando la conciencia y la responsabilidad de los hombres en temas de salud reproductiva.

En Ecuador el enfoque fue la educación de oficiales militares, soldados en el servicio militar obligatorio y cadetes en las escuelas militares. El proyecto fue

⁵¹⁰ ONUSIDA, “AIDS and the Military”, UNAIDS Point of view, Best Practices Collection, mayo 1998.

⁵¹¹ Ibid.

implementado en cuatro fases: la selección de una unidad del colegio y una unidad militar; la capacitación de oficiales, profesores/as y líderes estudiantiles, incluyendo la preparación de materiales; la capacitación de soldados y estudiantes; y la extensión de capacitación a otros colegios y otras unidades militares, y la provisión de servicios.

En Nicaragua participaron oficiales militares, soldados, empleadas, miembros de las familias y policías. Las actividades incluyeron: el desarrollo de materiales; la capacitación en la salud reproductiva, incluyendo la educación sexual; ETS/VIH/SIDA; la prevención de la violencia; y el desarrollo de programas nacionales de capacitación continua de oficiales y soldados.

En Paraguay el proyecto fue dirigido al ejército y a la policía. Las actividades incluyeron la preparación de materiales de capacitación, la capacitación en la salud reproductiva y la provisión de servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar.⁵¹²

Fuente: Fernandez-Castilla, R. , Representante FNUAP en Perú y Paraguay, correo electrónico del 10

Paraguay: La población, el desarrollo y la salud reproductiva en las fuerzas armadas

Cada año unos 12.000 adolescentes de un promedio de 17 años de edad, principalmente de áreas rurales, se alistan en el ejército por dos años de entrenamiento militar. Durante este período, reciben atención de salud y participan en un programa educacional comprensivo para hombres que trata los temas del género y la salud reproductiva. Esta estrategia de tres niveles, financiada por el FNUAP, incluye: educación en temas de población, desarrollo y salud reproductiva; servicios de salud reproductiva en centros de salud militares; y actividades comunitarias para poblaciones civiles en áreas rurales. Los soldados reciben información, capacitación y educación sobre todos los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de embarazos no deseados, las ETS y el VIH/SIDA, y la violencia doméstica. También reciben condones. Se espera que los graduados diseminen información entre sus pares y familiares con los materiales de capacitación que reciben. También se ofrecen cursos sobre la salud a todo el personal de salud militar ya que éstos llevan a cabo actividades para poblaciones civiles en las áreas rurales cercanas.

Resultados

Se puede ver los éxitos iniciales del proyecto en la disminución gradual de las ETS en las unidades militares; la reducción en la tasa de embarazos no deseados en las áreas donde el ejército provee educación y servicios de salud durante los últimos años; el desarrollo comprensivo y mejoramiento en salud del personal; profesores/as capacitados/as; y consultorios con equipos necesarios y anticonceptivos accesibles al personal militar, sus familias y las poblaciones rurales civiles.

Lecciones aprendidas

- Un espacio exclusivamente para los hombres ayuda a crear un ambiente para compartir dudas y hablar de temas masculinos y puede ser una manera eficaz de incorporar a los hombres en estos esfuerzos. También es un canal eficiente para llegar a algunos de los grupos más vulnerables de la población, tales como adolescentes masculinos y femeninas en áreas rurales remotas.
- La incorporación de temas de salud reproductiva en el currículo y manuales de capacitación de las instituciones militares es clave para asegurar la sustentabilidad de estos esfuerzos.

⁵¹² T. Horacio et ál., “Male Involvement: Regional Specificities” (trabajo presentado en el taller temático de TSS sobre la participación masculina en la salud sexual y reproductiva, Roma, 9–13 de noviembre de 1998).

de agosto del 2000

Prisiones

Las condiciones en prisiones pueden poner a los hombres en peligro de contraer una ETS o el VIH. Por ejemplo, en las prisiones francesas, la prevalencia del VIH es diez veces más alta que la prevalencia entre la población general. Y en los Estados Unidos, en 1994 había 5,2 casos del SIDA por cada 1.000 prisioneros—casi seis veces la tasa de la población adulta.⁵¹³ Aunque la violencia, las relaciones sexuales y el tráfico de drogas entre prisioneros constituyen un estilo de vida en las prisiones, es difícil plantear estos temas debido a la denegación entre prisioneros y administradores de actividad sexual. Una encuesta, llevada a cabo en Río de Janeiro, Brasil en el 1993, sugirió que el 73% de los prisioneros masculinos tuvo relaciones sexuales con otros hombres en la prisión.⁵¹⁴ Tal actividad sexual es “homosexual” en el sentido de que los hombres tienen relaciones sexuales con otros hombres, pero muchas veces la relación no es una de consentimiento mutuo entre adultos. Estas relaciones están caracterizadas por la violencia extrema, donde casos de violación y aun la tortura son comunes. Los factores que contribuyen a la violencia incluyen el número excesivo de prisioneros. A pesar de estas circunstancias preocupantes y conocidas, los y las proveedores/as médicos/as tienden a ignorar el problema, temiendo que la provisión de condones puede ser visto como una promoción de relaciones homosexuales. Por ejemplo, en los países de la ex Unión Soviética, donde la concentración puede llegar a 400 por ciento de la capacidad en algunas prisiones, no se proveen condones.⁵¹⁵ La epidemia del SIDA está impulsando a que algunas personas recomienden que los condones y los programas de intercambio de agujas se hagan accesibles a los prisioneros, pero pocas prisiones proveen estos servicios.⁵¹⁶ Sin embargo, en los Estados Unidos y en Holanda, donde los condones están disponibles en las prisiones, la mayoría de los prisioneros no los usan; los que sí los usan son los homosexuales. Algunos países de Europa están empezando a tratar el tema de ETS y SIDA en las prisiones, pero el tabú que rodea el tema de relaciones sexuales entre prisioneros, incluyendo la servitud sexual y “matrimonios de prisión”, puede dificultar el estudio del problema y proponer programas para reducir la propagación de las ETS y el SIDA. Además, el tema de la superpoblación tendría que ser resuelto para hacer que la educación en salud sea efectiva.⁵¹⁷

⁵¹³ ONUSIDA, “Prisons and AIDS”, UNAIDS Point of View, Best Practices Collection, abril de 1997.

⁵¹⁴ Ibid.

⁵¹⁵ H. Reyes, “(Ir)relevance of Condoms in Prisons” (trabajo presentado en Corrections Health Services Conference, Australia, noviembre de 1997).

⁵¹⁶ Ibid

⁵¹⁷ Ibid.

Un enfoque nuevo sobre la salud de los hombres en Australia⁵¹⁸

Una encuesta llevada a cabo en New South Wales, Australia, identificó varios enfoques creativos y existentes para llegar a los hombres. Estos incluyen:

- Un grupo de discusión de 12 semanas y un programa de consejería están disponibles para hombres que están pasando por una etapa de vida difícil—como el divorcio y la separación—reconociendo que los hombres generalmente no buscan ayuda durante estos períodos de estrés.
- Algunas autoridades locales de salud están implementando estrategias específicas para la prevención de suicidios entre hombres jóvenes y otras campañas para reducir la incidencia entre los hombres cuando manejan borrachos.
- Algunas clínicas de salud pública están contratando a enfermeros hombres, pues reconocen que muchos hombres no se sienten cómodos hablando con enfermeras o siendo atendidos por ellas.
- Algunas organizaciones comunitarias han comenzado grupos de apoyo para hombres que eran víctimas de abuso sexual en la niñez, reconociendo que muchas veces este tema es silenciado.
- Algunas clínicas están ofreciendo educación a los hombres sobre cómo ser padres.
- Un programa de prevención de cáncer de próstata, llevado a cabo en una provincia entera, ha empezado a alentar a que los hombres busquen pruebas y tratamiento para este problema.

⁵¹⁸ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”, p. 25.

Capítulo 7

Alcanzar a los Hombres y Adolescentes Masculinos

La CIPD reconoce que “las necesidades de los y las adolescentes como un grupo han sido ignoradas” y urge que “programas y actitudes de proveedores/as de salud ... no restrinjan el acceso de los y las adolescentes de apropiar los servicios y la información que necesitan, incluyendo la información sobre las enfermedades de transmisión sexual y el abuso sexual”. El Programa de Acción entiende la urgencia de intervenciones tempranas, y es optimista de que “el comportamiento sexual responsable, la sensibilidad y la equidad de relaciones entre géneros aprendidos durante los años formativos aumentará y promoverá relaciones respetuosas y armoniosas entre los hombres y las mujeres”.⁵¹⁹

Después de El Cairo, la atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes ha sido una prioridad para profesionales de población, salud y educación, gobiernos, ONG, donantes y líderes religiosos/as. Por varias razones, se han comprometido recursos significativos a la provisión de diversos servicios a los y las adolescentes. La urgencia de trabajar con esta población es impulsada en parte por la crisis del SIDA, que victimiza a un número significativo de personas entre las edades de 15 y 29, y por el tamaño de la población entre esas edades. En África sub-Sahariana, hay 630 millones de jóvenes entre las edades de 10 y 24. Más de la mitad de todas las infecciones con el VIH en esta región ocurre entre jóvenes entre las edades de 15 y 24, y unos 1,7 millones de africanos/as jóvenes se infectan *cada año*.⁵²⁰

Otros factores que contribuyen al interés en trabajar con esta población incluyen estudios que muestran la adolescencia como una fase del ciclo vital en la cual se forma la identidad individual y ocurren comportamientos de alto riesgo, tales como relaciones sexuales con múltiples parejas.⁵²¹ En el pasado, se dio por sentado la actividad sexual, pero esa actividad fue controlada por los adultos y

⁵¹⁹ Naciones Unidas, Informe de la Conferencia Interancional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, septiembre de 1994), paras. 7.34, 7.41, 7.45.

⁵²⁰ Social Marketing for Adolescent Sexual Health (SMASH), “Results of Operation Research in Botswana, Cameroon, Guinea, South Africa”, Measure Communication Reports, junio de 2000, p. 5, www.Measurecommunication.org/factsheets/smash/program_lessons.htm.

⁵²¹ G. Barker, “Boys in the Hood, Boys in the Barrio: Exploratory Research on Masculinity, Fatherhood and Attitudes toward Women among Low Income Young Men in Chicago, USA, and Rio de Janeiro, Brazil” (trabajo presentado al seminario de IUSSP/CENEP sobre los Hombres, la Creación de la Familia y la Reproducción, Buenos Aires, mayo de 1998); y C. Nzioka, “Obstacles in Managing the Dual Risks of Unwanted Pregnancy

la sociedad. Hoy en día, el comportamiento sexual de los hombres adolescentes es menos restringido, y las relaciones sexuales ocurren a una edad más temprana. Además, en el pasado los hombres tenían la obligación de mantener a los hijos e hijas que engendraban. Hoy en día, pocos hombres jóvenes toman esta responsabilidad.⁵²² Finalmente, el optimismo que los y las adultos/as normalmente asocian con los y las jóvenes, y la creencia de que darles lecciones aprendidas llevará a vidas mejores, más sanas y largas, seguramente es parte del entusiasmo, creatividad y variedad de servicios de salud ofrecidos a los y las jóvenes de hoy a través del mundo. Sin embargo, hay varios factores que impiden que estos programas tengan un impacto evidente. Estos incluyen: la falta de una política definida claramente sobre la salud reproductiva de adolescentes; una “mentalidad de proyecto” que limita el número de adolescentes alcanzados/as y que impone un período de tiempo inefectivo sobre iniciativas innovadoras; la dispersión de los proyectos; la documentación insuficiente; y la falta de evaluación rigurosa.⁵²³

La adolescencia: un tiempo para formar la identidad de los hombres jóvenes

El FNUAP, UNICEF y la OMS definen a “adolescentes” como la población entre las edades de 10 y 19, “la juventud” como la población entre 15 y 24 años de edad, y “personas jóvenes” como las que tienen entre 10 y 24 años.⁵²⁴ Generalmente, los jóvenes varones pasan la pubertad entre las edades de 10 y 23 años, cuando los cambios hormonales impulsan cambios físicos, incluyendo la producción de esperma.⁵²⁵ Sin embargo, la adolescencia—la fase de la vida entre la niñez y la adultez—es más difícil de definir porque la “naturaleza y duración” de esta fase depende del contexto socio-cultural.⁵²⁶ En algunas culturas, no se define a la adolescencia por edad, sino que es demarcada por el paso por “ciertos puntos de transición reconocidos, como el matrimonio, la circuncisión o el parto”.⁵²⁷ Sin embargo, la adolescencia es un ciclo de la vida que es “crítica para la formación de roles de género y es un período en que las ideas de los que es el comportamiento

and Sexually Transmitted Infections among Young Males in Kenya” (trabajo presentado a la Reunión Regional de África de la OMS en Pretoria, Sudáfrica, 27–29 de septiembre de 2000).

⁵²² A. S. Erulkar y B. S. Mensch, “Gender Differences in Dating Experiences and Sexual Behaviour among Adolescents in Kenya” (trabajo presentado a la XXIII Conferencia sobre la Población de la International Union for the Scientific Study of Population, Beijing, 11–17 de octubre de 1997), p. 1.

⁵²³ J. Senderowitz, “A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health” (borrador, USAID/G/PHN, 2000), p. 1.

⁵²⁴ FNUAP, “The Sexual and Reproductive Health of Adolescents: A Review of UNFPA Assistance”, *Technical Report* núm. 43, 1998, p. 1.

⁵²⁵ G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”, documento de síntesis de ONUSIDA (Segundo borrador, Instituto Promundo, Rio de Janeiro, Brasil, enero de 2000), p. 9.

⁵²⁶ G. Ogbasellasi y A. K. Joukhadar, “Adolescent Boys: Special Needs” (trabajo presentado en el taller temático TSS del FNUAP sobre la Participación Masculina en Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, Roma, 9–13 de noviembre de 1998).

⁵²⁷ C. Nzioka, “Obstacles in Managing the Dual Risks”, p. 2.

sexual apropiado y la conciencia y entendimiento de estos temas son formados e influenciados”.⁵²⁸ Algunos/as investigadores/as sugieren que el “estilo estratégico” de la persona, o sea, la manera en que un individuo interacciona con otros/as, se presenta a otros/as y se afilia con otros/as, es definido durante la adolescencia. Varios estudios longitudinales sobre las trayectorias de la vida encuentran que algunas características de personalidad, identidades y estilos estratégicos se prueban y confirman durante la adolescencia, y que éstos, hasta cierto punto, pasan a la adultez.⁵²⁹

Se ha confirmado en varios estudios el papel que desempeñan otras personas en la determinación de la identidad de los hombres jóvenes. La adolescencia es el período durante el cual los hombres jóvenes hacen la transición de niños a hombres. Los niños interiorizan el “modelo de masculinidad orientado a logros y otros” a un punto temprano de su socialización, y ésta es una de las razones por las cuales ellos buscan grupos de pares masculinos para su socialización e identidad.

Investigaciones de varios países concluyen que los adolescentes masculinos, particularmente los que vienen de áreas de bajo ingreso, son más susceptibles a la presión de pares que las adolescentes. También indican que el grupo de pares desempeña un papel más importante en su socialización que en la socialización de mujeres. Un estudio que exploró las dinámicas sexuales y reproductivas entre hombres jóvenes y mujeres Zulú encontraron que entre estos hombres jóvenes los pares influenciaron mucho en sus intereses en y práctica del sexo.⁵³⁰ Esto podría ser debido a la ausencia de padres u otros modelos positivos y masculinos. Entre los hombres jóvenes de barrios pobres en Chicago y Río de Janeiro, los grupos basados en las calles se convirtieron en sustitutos para la figura del padre, y los jóvenes discutieron sus necesidades y preocupaciones con estos grupos. La ausencia de lugares adecuados donde los jóvenes pueden discutir temas personales—en escuelas, organizaciones de servicios para jóvenes, o en la casa—contribuye a la importancia de estos grupos de pares.⁵³¹

El estudio de Barker, que compara muchachos jóvenes pobres de Chicago y Río, encontró que los “valores y estilos estratégicos promovidos en los grupos de pares de las calles en ambas ciudades tienden a ser indiferentes e hiper-masculinos”. La muestra de afectación, amistad, respeto a las jóvenes, y el cuidado de niños/as es considerado femenino, y por lo tanto es desaprobado. Por otra parte, las conquistas sexuales son glorificadas y también exigidas como “requisitos para

⁵²⁸ C. A. Varga, “The Forgotten Fifty Percent: A Review of Sexual and Reproductive Health Literature on Boys and Young Men in Sub-Saharan Africa” (trabajo presentado a la Reunión Regional de África de la OMS en Pretoria, Suráfrica, 27–29 de septiembre de 2000), p. 2.

⁵²⁹ G. Barker, “Boys in the Hood, Boys in the Barrio”, p. 4.

⁵³⁰ C. A. Varga, “The Forgotten Fifty Percent”, p. 21.

membresía” en el grupo de pares masculinos. Otros temas informativos que surgieron de este estudio proveen indicios de las necesidades de adolescentes masculinos. El primero es la ausencia de modelos de relaciones entre hombres y mujeres que son respetuosas y afectivas, y el otro es la falta de lugares donde los jóvenes pueden “procesar” y enfrentar temas personales en un ambiente de confianza.⁵³²

Los medios masivos de comunicación son otra fuente de influencia sobre los y las adolescentes. Mientras los medios masivos tienen un efecto sobre la comunidad entera, los y las jóvenes son particularmente vulnerables a las imágenes de roles estereotípicos.⁵³³ Además, los estudios indican que los y las adolescentes cuentan con los medios como una fuente de información sobre temas sexuales.⁵³⁴ Las películas y materiales pornográficos tentan su curiosidad y deseo de experimentar, e influyen el comportamiento sexual de hombres jóvenes. Sin embargo, se puede utilizar el poder persuasivo de los medios para promover la salud y la equidad de género.⁵³⁵

Las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres jóvenes

Recientemente, se sabía muy poco sobre las necesidades de los hombres jóvenes porque las encuestas existentes se enfocan en los maridos o en los adultos; la mayoría de los estudios en África sobre jóvenes se enfoca en las adolescentes y mujeres jóvenes, o sobre jóvenes masculinos y femeninos. Estos estudios ignoran las diferencias de género y por lo tanto proveen poca información a gerentes de programas sobre las intervenciones que los hombres jóvenes necesitan y que les serían atractivos.⁵³⁶

Nuevos estudios enfocados en las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres jóvenes están contribuyendo a aumentar el conocimiento general en varias áreas. Confirman la importancia de los pares en influenciar los comportamientos, el hecho de que los jóvenes tienen relaciones sexuales a la edad promedio de 14 años—antes que las jóvenes—con “poco conocimiento de su propia salud reproductiva”,⁵³⁷ y el uso irregular de los condones (Baker 1998,

⁵³¹ G. Barker, “Boys in the Hood, Boys in the Barrio”, pp. 16–17.

⁵³² Ibid., pp. 16–17, 24–25.

⁵³³ Pathfinder, “Promoting Reproductive Health for Young Adults through Social Marketing and Mass Media: A Review of Trends and Practices”, Focus on Young Adults, Research Series, 16 de julio de 1997, pp. 2–6.

⁵³⁴ FNUAP, *Adolescence Education Newsletter* 1, núm. 1, junio de 1998, p. 10.

⁵³⁵ Pathfinder, “Promoting Reproductive Health for Young Adults”.

⁵³⁶ C. A. Varga, “The Forgotten Fifty Percent”, p. 4.

⁵³⁷ S. E. A. Nnko, “Risk Behaviours of Male Adolescents in Tanzania: Motives and Patterns of Their Sexual Relationships” (trabajo presentado a la Reunión Regional de África de la OMS en Pretoria, Suráfrica, 27–29 de septiembre de 2000), p. 3.

Maharaj 2000, Varga 2000, Nzioka 2000). La coerción sexual—que algunos consideran un precursor de la violencia basada en género—también ha surgido en estos estudios.⁵³⁸

Conocimiento, actitudes y comportamientos de los hombres jóvenes con respecto a las ETS y riesgos

Varios estudios recientes encontraron que los hombres jóvenes por lo general saben muy poco sobre su sexualidad o la de su pareja, no se comunican mucho con sus parejas, tienen conceptos erróneos sobre la masturbación y el uso de condones, y no piensan sobre la planificación familiar.⁵³⁹

En África, los hombres jóvenes (y las mujeres jóvenes) tienden a estar mal-informados en vez de no-informados, y minimizan su riesgo de contraer el VIH/SIDA.⁵⁴⁰ Entienden los “mecanismos generales de infección con el VIH; sin embargo, no entienden claramente los temas específicos sobre el VIH”. Los hombres jóvenes carecen de conocimiento sobre los temas siguientes:

- La diferencia entre el VIH y el SIDA
- El concepto del “período ventana” en la prueba del VIH
- La conexión entre la infección con una ETS y el VIH
- La relación entre el contacto con sangre y la infección
- La fase inactiva de infección
- La evaluación del riesgo de una pareja potencial
- “Mitos” como el papel de los mosquitos o utensilios en facilitar la infección (particularmente entre adolescentes jóvenes).⁵⁴¹

Por ejemplo, la mayoría (84 por ciento) de los jóvenes masculinos en Kenia entre las edades de 15 y 19 “no perciben que tienen ningún riesgo o piensan que tienen un riesgo mínimo de contraer el VIH/SIDA”, a pesar de que estos jóvenes tienen parejas múltiples y que su uso de condones es bajo

⁵³⁸ A. J. Ajuwon et ál., “Sexual Coercion among Adolescents in Ibadan, Nigeria: The Perspectives of Males” (trabajo presentado a la Reunión Regional de África de la OMS en Pretoria, Suráfrica, 27–29 de septiembre de 2000).

⁵³⁹ Adaptado de las fuentes siguientes: C. Nzioka, “Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraceptive Use in Kenya”, informe sometido al Strategic Component on Social Science Research on Reproductive Health, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, OMS, junio de 2000, p. 11; C. A. Varga, “The Forgotten Fifty Percent”, pp. 21–22; G. Barker, “Boys, Men and HIV/AIDS”, pp. 9–10; y IPPF/RHO, “Youth-Friendly Services” *Foro* 14, núm. 2 (diciembre de 1999): 8–9.

⁵⁴⁰ C. A. Varga, “The Forgotten Fifty Percent”, p. 6.

⁵⁴¹ *Ibid.*, p. 9.

e irregular; el 80 por ciento de ellos han tenido relaciones sexuales sin protección.⁵⁴² Otra realidad preocupante que encontró Nzioka en Kenia es la “glorificación” de adquirir una ETS como una señal que confirma la virilidad:

Cuando “te quemas” [contraer una ETS] significa que has entrado a la hombradía. Has tenido experiencia. Claro que no quiero decir que es bueno, pero es una cosa más que has aprendido. Te hace maduro. También tienes que pasar por dificultades en buscar tratamiento para una enfermedad y no se lo puedes decir a cualquiera. [hombre joven de 18 años]⁵⁴³

Las percepciones de la sexualidad que tienen los hombres jóvenes en Asia Oriental y Sur oriental—las cuales se compartieron en un taller del FNUAP⁵⁴⁴—corroboran los descubrimientos de otras regiones. Estos incluyen:

- El varón generalmente es el que inicia relaciones sexuales.
- Tener relaciones sexuales es una señal de amor y compromiso para algunos, y para otros es parte de ser un “hombre verdadero”.
- Las relaciones sexuales impulsadas por la presión de pares son alardeadas y percibidas como una señal de la masculinidad.
- Las hembras son coquetas y se visten de manera provocativa (“se la están buscando”).
- Tener relaciones sexuales con una prostituta es un rito para pasar a la adultez.

Al contrario, Barker descubrió que los hombres jóvenes que querían ser más progresivos, amigos con mujeres y respetuosos hacia las mujeres, y que querían involucrarse como parejas y padres, tenían que buscar a grupos de pares masculinos alternativos. Algunos de ellos lo hicieron pidiendo a una agencia de servicios sociales, donde sus parejas estaban participando en un grupo de madres adolescentes, que crearan un grupo de apoyo para padres adolescentes.⁵⁴⁵

⁵⁴² C. Nzioka, “Obstacles in Managing the Dual Risks”, pp. 4–6.

⁵⁴³ *Ibid.*, pp. 14–15.

⁵⁴⁴ FNUAP/Equipo de Servicios Nacionales para el Este y Sureste de Asia, “Report of the UNFPA Inter-country Workshop on Adolescent Reproductive Health for East and South East Asia and the Pacific Island Countries” (Pattaya, 27 de abril–3 de mayo de 2000).

⁵⁴⁵ G. Barker, “Boys in the Hood, Boys in the Barrio”, pp. 16–17, 24–25.

Percepciones y uso de condones

La mayoría de los y las adolescentes sexualmente activos no utilizan condones,⁵⁴⁶ aunque se ha vuelto aceptable entre algunos hombres jóvenes ante los riesgos de infección con el VIH.⁵⁴⁷

Los conceptos erróneos sobre el uso del condón son frecuentes entre adolescentes masculinos. Los condones llevan una variedad de significativos simbólicos y negativos que limitan su aceptabilidad entre esta población. La mayoría de los adolescentes masculinos asocian los condones con adultos o con *personas promiscuas*, y los mismos jóvenes tienen fantasías de tener relaciones sexuales con tantas chicas como sea posible. “Adicionalmente, muchos creen que los condones se rompen fácilmente, y que reducen el placer sexual. La creencia de que los condones son difíciles de usar y que reducen el placer sexual es compartida también por las jóvenes”.⁵⁴⁸ El miedo de los hombres de que perderán su erección mientras se ponen el condón es aún más fuerte entre los hombres jóvenes.⁵⁴⁹ Otras razones comunes por no usar condones que los hombres jóvenes citan incluyen: el costo—la mayoría de los y las jóvenes indican que no tienen dinero para comprarlos; la vergüenza o el miedo de que otros descubrirán que son sexualmente activos; y falta de conciencia sobre dónde conseguir condones.⁵⁵⁰

La coerción sexual

La coerción sexual es un acto de forzar o tratar de forzar a otro individuo a hacer cualquier actividad sexual, en contra de su voluntad, por medio de la violencia, amenazas, insistencia verbal, decepción, expectativas culturales o circunstancias económicas. En un estudio de la sexualidad de adolescentes en Uganda, la mayoría de los hombres dijeron que sus primeras relaciones sexuales fueron actos de consentimiento; esto fue lo contrario del número de adolescentes femeninas que dijeron que su primera experiencia sexual fue resultado de la coerción.⁵⁵¹ Estudios entre jóvenes de Sudáfrica revelan que “los jóvenes masculinos frecuentemente sancionan la violencia y coerción dentro del contexto de relaciones sexuales”.⁵⁵²

⁵⁴⁶ S. E. A. Nnko, “Risk Behaviours of Male Adolescents in Tanzania”, p. 3.

⁵⁴⁷ C. A. Varga, “The Forgotten Fifty Percent”, p. 8.

⁵⁴⁸ C. Nzioka, “Obstacles in Managing the Dual Risks”, p. 11.

⁵⁴⁹ AVSC International y IPPF/RHO, Resumen de literatura para el simposio Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevas Paradigmas (Oaxaca, México, octubre de 1998), p. 10.

⁵⁵⁰ C. Nzioka, “Obstacles in Managing the Dual Risks”, p. 12.

⁵⁵¹ S. E. A. Nnko, “Risk Behaviours of Male Adolescents in Tanzania”, p. 4.

⁵⁵² C. A. Varga, “The Forgotten Fifty Percent”, p. 2.

El estudio llevado a cabo en Nigeria descubrió que “los perpetradores masculinos recurren a la coerción debido a la falta de conocimiento y habilidades para resolver conflictos con sus parejas femeninas ... Típicamente, un hombre considera el uso de coerción cuando no logra convencer a una mujer a que salga con él, o si la mujer no tiene relaciones sexuales con él cuando él lo quiera. Los hombres jóvenes interpretan el rechazo de amistad o sexo de las mujeres jóvenes como evidencia de su orgullo o arrogancia. Muchas veces, los amigos ayudan a un muchacho durante la violación, asalto o abuso verbal de una mujer joven, y en algunos casos se toman turnos haciendo lo mismo”.⁵⁵³ El desarrollo de habilidades de resolución de conflicto, como las mencionadas en el capítulo V, sería una manera importante para que ellos encuentren soluciones alternativas a la violencia.

La reacción de los hombres jóvenes a embarazos antes del matrimonio

Talleres⁵⁵⁴ sobre las actitudes predominantes sobre el embarazo adolescente descubrieron que los hombres jóvenes estaban concientes de prácticas perjudiciales cuando indicaron que el hombre:

- No toma la responsabilidad y evita la vergüenza manteniéndose lejos de su novia.
- Sugiere el aborto porque:
 1. No está preparado para asumir el papel y la responsabilidad de ser padre.
 2. No se siente obligado a casarse con la mujer.
- Se siente avergonzado y ridiculiza a la mujer en público.
- Dice que no quiere a la mujer y no debe ser presionado a casarse.
- Le echa la culpa a la mujer por el embarazo. También le echa la culpa a la madre de la mujer debido a la “suposición inherente de que las madres tienen una responsabilidad ineludible de educar a sus hijas” sobre el manejo de la prevención de embarazos.⁵⁵⁵
- Se escapa de la comunidad para evitar la presión.
- A veces se casa con la mujer y toma la responsabilidad.

Similarmente, la mayoría de los hombres jóvenes que participaron en el estudio en Kenia sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes estaba de acuerdo de que es malo, desde un punto de vista moral, dejar embarazada a una mujer, y ellos mostraron remordimiento y empatía. Ellos se sintieron culpables y reconocieron que una mujer joven embarazada “vuelve a ser marginada” y “lo pierde todo en la vida”. También reconocen que es bueno tener relaciones sexuales antes del

⁵⁵³ A. J. Ajuwon et ál., “Sexual Coercion among Adolescents in Ibadan”, Nigeria, p. 7.

⁵⁵⁴ FNUAP/ Equipo de Servicios Nacionales para el Este y Sureste de Asia, “Report of the UNFPA Inter-country Workshop”, pp. 6, 8, 9.

matrimonio “a menos que no lleve a un embarazo”; “las novias son como nuestras hermanas y uno no quiere ver sufrir a su hermana”. Algunos hombres jóvenes mostraron orgullo y plantearon que aunque “la mayoría de los hombres jóvenes manifestarían arrepentimiento por dejar embarazada a una joven, secretamente se sentirían bien y orgullosos de haber dejado a una joven embarazada porque significa que son ‘hombres verdaderos’, capaces de impregnar a una mujer”.⁵⁵⁶ Este último punto de vista es generalmente apoyado entre adolescentes masculinos en la África Occidental.⁵⁵⁷

Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Hay varios tipos de programas dirigidos a la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Algunos están enfocados exclusivamente en la provisión de servicios, otros combinan la provisión de servicios con actividades comunitarias, educativas y promocionales, y otros están empezando con un nuevo enfoque integral y de varias partes que fue propuesto en la CIPD. La mayoría de programas de salud reproductiva para los hombres jóvenes alientan el comportamiento sexual responsable, pero pocos están bien informados sobre sus necesidades y aspiraciones.

Muchas veces, las ONG trabajan junto con organizaciones comunitarias, proveyendo recursos educativos y capacitación. Otros tipos de colaboración entre ONG están descritos más adelante en la parte sobre “Programas comunitarios”. Los proyectos de salud reproductiva de adolescentes desarrollados por Save the Children en Malawi, Bhután, Nepal y Vietnam son ejemplos de un enfoque que enfatiza la participación de varios sectores de la comunidad y que trabaja con una variedad de partícipes.⁵⁵⁸

Las actividades desarrolladas en cada país difieren dependiendo de las necesidades e intereses de la comunidad, pero la mayoría incluye actividades como: desarrollar materiales informativos; ofrecer consejería sobre empleo, oportunidades económicas y esquemas de crédito; llevar a cabo diálogos con padres y madres; capacitar a maestros/as y proveedores/as de servicios sobre los servicios “amigables a jóvenes”; y capacitar a educadores pares.

⁵⁵⁵ C. Nzioka, “Obstacles in Managing the Dual Risks”, p. 15.

⁵⁵⁶ Ibid., p. 14.

⁵⁵⁷ H. Toro et ál., “Male Involvement; Regional Specificities; Cultural Barriers to Male Involvement; Experiences from West Africa” (trabajo presentado en el taller temático TSS del FNUAP sobre la Participación Masculina en Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, Roma, 9–13 de noviembre de 1998).

⁵⁵⁸ J. Senderowitz, “A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health”, p. 15.

Contenido y metodologías de programas educativos dirigidos a hombres jóvenes

Mientras es probable que las jóvenes hablen de la reproducción informalmente con otras parientes femeninas, los jóvenes masculinos enfrentan un “silencio vergonzoso” o actitudes moralizadoras con respecto a la reproducción y sexualidad. La falta de comunicación abierta e informativa sobre estos temas, junto con la presuposición de que los hombres sólo tienen interés en la sexualidad, combinan a negar a los hombres jóvenes la oportunidad de explorar el significado de su papel en las relaciones y en la reproducción.⁵⁵⁹ La participación de educadores y consejeros hombres en la capacitación sobre la sexualidad para los jóvenes masculinos ayuda a que ellos enfrenten estos temas y que así rompen el silencio y los mitos resultantes.⁵⁶⁰

Adicionalmente a la resolución de conflictos, ayudar a los hombres jóvenes y adolescentes a que se sientan cómodos expresando sus emociones es la iniciativa más nueva en los esfuerzos para ofrecer a los jóvenes nuevos modelos de género. Una de las facetas claves en desafiar el sexismo y la violencia, y en desarrollar modelos alternativos de lo que es ser hombre, es el de ayudar a los adolescentes masculinos a que compartan sentimientos—tanto sus propios sentimientos como los de otros/as. Como comentan dos educadores, esto requiere “ayudar a los adolescentes a aprender a expresarse y a relacionarse con otros/as en maneras que tradicionalmente son consideradas dentro de la esfera femenina, no como características masculinas; desarrollar comportamiento que muchas veces se reprime en hombres adultos y jóvenes (incluyendo la comunicación íntima, la cooperación en lugar de competición, el apoyo mutuo y la responsabilidad mutua para el bienestar emocional);... atacar la idea de que ciertos sentimientos no son masculinos; y ayudar a los adolescentes masculinos a expresar sus sentimientos vulnerables”.⁵⁶¹

Una manera en que el FNUAP apoya esfuerzos nacionales para la equidad de género es a través de proyectos de educación en población y vida familiar que son específicos al país y dirigidos a adolescentes. Las diferencias en terminología pueden reflejar las preocupaciones y sensibilidades en torno de la educación sexual. El propósito de estas destrezas para la vida y de capacitación en la vida familiar es crear relaciones familiares y de género basadas en la comunicación, la negociación y el respeto por las preferencias individuales, el auto-estima y el empoderamiento.

⁵⁵⁹ E. Centerwall, “Sexuality Education for Adolescent Boys”, Swedish Association for Sex Education (Stockholm, 1995), p. 14.

⁵⁶⁰ Ibid.

⁵⁶¹ S. Askew y C. Ross, *Boys Don't Cry: Boys and Sexism in Education* (Buckingham: Open University Press, 1998), pp. 75, 87, en “Positive Strategies with Boys to End Violence”, por M. Kaufman (trabajo preparado para la Sección sobre Género, Alianzas y Participación, División de Programas, UNICEF, marzo de 2000).

Capacitación en destrezas para la vida: ayudar a los adolescentes a escoger un futuro:

El marco de “destrezas para la vida”, el cual se utiliza actualmente en varios países, enfatiza el aprendizaje interactivo e integra la adquisición de conocimientos (información), actitudes (comportamiento y creencias) y construcción de habilidades (comunicación y negociación).⁵⁶² Les provee a los y las jóvenes las habilidades que necesitan para negociar relaciones y para la sobrevivencia económica, y les ayuda a establecer los roles que utilizarán y las responsabilidades que les ayudarán a crear sus vidas domésticas.⁵⁶³ La intención de capacitación en las destrezas para la vida es que los y las jóvenes tengan las habilidades necesarias para tomar una responsabilidad mayor por sus vidas mediante la toma de decisiones de vida saludables y la resistencia a las presiones negativas y los comportamientos de alto riesgo.⁵⁶⁴ El Centro para Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA), con el apoyo del FNUAP, desarrolló un libro de aprendizaje participatorio, *Choose A Future! Issues and Options for Adolescent Boys*, una guía de programas para facilitadores/as y capacitadores/as que trabajan con jóvenes masculinos de 12 a 20 años de edad. El libro ayuda a los adolescentes a enfrentar los temas mencionados anteriormente a través de ayudarles a formar sus propias vidas y crear sus propias opciones. La conciencia de sí mismo, la identificación de valores y la reproducción son algunos de los temas incluidos en esta guía, la cual es parte de un programa más amplio de *advocacy* que incluye a los padres y madres, miembros de la comunidad, profesionales que trabajan con los y las jóvenes, y las adolescentes.⁵⁶⁵

La metodología de enseñar destrezas para la vida puede ser utilizada en ambientes educativos formales y no formales porque promueve la discusión, el intercambio de información e investigaciones futuras. La metodología es utilizada tanto con adultos/as como con adolescentes en clases sobre la paternidad, en grupos de padres, con trabajadores de extensión, y en la educación sexual. También considera técnicas innovadoras e inter-activas de aprendizaje, y aun más importante, ayuda a los y las facilitadores/as a sentirse cómodos/as hablando de temas sexuales.⁵⁶⁶

⁵⁶² UNICEF, “What Is the Life Skills Approach?”, “Teachers Talking”, septiembre de 2000, www.unicef.org/teachers/teacher/lifeskil.htm.

⁵⁶³ J. Fombi y R. Lubovitch, “Roles of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge about Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women”, UNICEF, diciembre de 1997, p. 27.

⁵⁶⁴ UNICEF, “What Is the Life Skills Approach?”

⁵⁶⁵ CEDPA, *Choose a Future! Issues and Options for Adolescent Boys: A Source Book of Participatory Learning Activities*, noviembre de 1998.

⁵⁶⁶ Focus on Young Adults, “Reproductive Health for Young Adults: School-Based Programs”, *Focus*, agosto de 1998, www.pathfind.org/focus.htm.

Educación sobre la población

La educación sobre la población fue diseñada para satisfacer las necesidades de jóvenes escolares y para integrar el contenido sobre población en una gama amplia de canales educativos. El FNUAP, en colaboración con UNESCO, FAO, y OIT, ha establecido programas educativos sobre población en más de 90 países. A través de la educación sobre la población, se estudia y se discute las implicaciones individuales y sociales de temas relacionados a la población en ambientes educativos formales y no formales. La meta general es incrementar el conocimiento de las dinámicas de población a nivel nacional e internacional y así mejorar la capacidad de individuos de tomar decisiones informadas.⁵⁶⁷

La educación sobre la población también promueve imágenes no estereotípicas de hombres y mujeres, y ayuda a que los y las estudiantes formen actitudes y valores positivos con relación al género. Programas basados en los currículos escolares pueden fomentar actitudes positivas y alentar a que los y las estudiantes piensen de una manera tranquila sobre las relaciones de género y sobre su papel en la comunidad. Ponen énfasis en la imparcialidad—o el tratamiento equitativo de hombres y mujeres—como el principio subyacente. Se revelan y analizan los estereotipos ambos sexos que son dañinos. Una manera efectiva de abordar este tema es tener debates en las clases. Se les dicen a los y las jóvenes que tienen el derecho de conocer las implicaciones que tendría un embarazo precoz sobre sus futuros. Se exploran modelos alternativos para mujeres y hombres, y se les alienta a que ellos/as no vean sus futuros como limitados por las categorías de trabajo tradicionales para hombres y mujeres. Se alienta el análisis de papeles de género, no solo los papeles de trabajo sino también papeles domésticos y familiares, papeles de líderes comunitarios/as, y papeles de padres y madres.⁵⁶⁸

La educación sobre la vida familiar (EVF), aunque sea parecida a la educación sobre la población, está más enfocada en los determinantes de la salud (física, social y mental) y del medioambiente (doméstico, comunitario) y los efectos de fertilidad y población. Estos programas pueden ser integrados en los currículos escolares o implementados fuera de la escuela. El FNUAP ha apoyado a programas de EVF, en colaboración con las Asociaciones de Boy Scouts en varios países, incluyendo Zimbabwe, Kenia, Madagascar, Senegal, Camerún y Gana.⁵⁶⁹

⁵⁶⁷ O. J. Sikes, “Reconceptualization of Population Education”, Technical Paper núm. 2, FNUAP, New York, 1991.

⁵⁶⁸ Ibid.

⁵⁶⁹ FNUAP, “The Sexual and Reproductive Health of Adolescents”, pp. 30–31.

La educación sexual

Los desacuerdos importantes sobre la educación sexual contribuyen a la carencia de políticas y pautas sobre la educación sexual y reproductiva para adolescentes. El debate es amplio, cuestionando todos los aspectos, desde qué enseñar y a qué edad, hasta qué punto, cómo y por quién. Por otra parte, hay consenso general que los modelos de educación sexual que surgieron antes del VIH/SIDA, los cuales ofrecieron información pero no dieron las capacidades necesarias para utilizar esta información, no lograron el objetivo de disminuir el número de embarazos no deseados. Los currículos de capacitación en sexualidad para hombres jóvenes deben incluir:

- Las diferencias y semejanzas entre los hombres y las mujeres;
- La fisiología masculina, incluyendo la fertilidad masculina, y la importancia de la hormona masculina en la sexualidad, la erección y la eyaculación, las relaciones sexuales y las disfunciones masculinas;
- La identidad masculina y respeto por las funciones complejas del cuerpo;
- La explotación sexual de las mujeres, incluyendo la violencia, la pornografía y la prostitución;
- Maneras de querer, lo cual ofrece oportunidades para que los hombres jóvenes hagan preguntas sobre las mujeres;
- Cómo son y piensan las mujeres;
- Los tabúes relacionados con el amor y maneras de abrir discusiones sobre las emociones (la mayoría de los hombres jóvenes están socializados a conformarse a un papel de género que prohíbe que los hombres expresen sus sentimientos); y
- Las enfermedades transmitidas sexualmente y el embarazo.⁵⁷⁰

Temas mencionados por estudiantes de colegio que participaron en “Lenterna”, un taller sobre la sexualidad llevado a cabo por la Asociación de Planificación Familiar de Indonesia, incluyeron: la masturbación, “¿cuántas veces es normal?” y sus consecuencias; la imagen de sus cuerpos, el tamaño del pene, y el vello púbico; la pérdida de la virginidad; las ETS; y la orientación sexual.⁵⁷¹

Un repaso de los currículos de educación sexual en los Estados Unidos identifica los siguientes elementos como críticos a la efectividad del currículo:

- Un enfoque sobre comportamientos sexuales específicos;

⁵⁷⁰ E. Centerwall, “Sexuality Education for Adolescent Boys”, pp. 24–27; y Focus on Young Adults, “Reproductive Health Programs for Young Adults”.

⁵⁷¹ Focus on Young Adults, “Reaching Young Men with Reproductive Health Programs”, *Focus*, 1998, www.pathfind.org/focus.htm.

- La presentación de un mensaje claro;
- La provisión de información básica y precisa sobre los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección y sobre métodos de protección;
- El enfrentamiento de las presiones sociales sobre el comportamiento sexual;
- La incorporación de la práctica de habilidades de comunicación, negociación y denegación;
- El uso de una variedad de métodos de enseñanza participativos que den la oportunidad de personalizar la información;
- La incorporación de metas de comportamiento, métodos de enseñanza y materiales apropiados a la edad, estatus sexual y cultura de los y las estudiantes;
- La planeación de tiempo para completar actividades importantes;
- La despliegación o uso de maestros/as o pares capacitados que estén comprometidos/as al programa.⁵⁷²

Una crítica de iniciar la educación sexual es la idea de que esta educación llevará a un aumento en la promiscuidad y el comienzo más temprano de la actividad sexual entre jóvenes. Sin embargo, hay varios estudios que demuestran que éste es un concepto erróneo. La ONUSIDA evaluó el impacto de educación sobre la salud sexual sobre el comportamiento de los y las jóvenes. El estudio demostró que los programas de educación sobre la salud sexual demoraron el comienzo de relaciones sexuales y disminuyeron las tasas de frecuencia sexual, embarazos, abortos y nacimientos. También señaló que los currículos de prevención del VIH/SIDA alentaron la monogamia y el uso más consistente de condones. El estudio reveló que: “A pesar de los éxitos diversos en lograr los objetivos programáticos, 14 de los 15 estudios no indicaron que la educación sobre la salud sexual lleva al comienzo más temprano de relaciones sexuales ni a un aumento en actividad sexual”.⁵⁷³

Involucrar a padres y madres en la educación sexual de sus hijos masculinos

Los padres y las madres son los educadores más importantes sobre sexualidad para sus hijos/as.

Cuando se les entrevistan, muchos padres, madres y jóvenes indican que preferirían que los padres y las madres fueran la fuente principal de información sobre la sexualidad y la salud reproductiva para adolescentes.⁵⁷⁴ La educación sexual que toma lugar en la casa muchas veces tiene un impacto

⁵⁷² J. Senderowitz, “A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health”, p. 18.

⁵⁷³ ONUSIDA, “Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update”, 1997, p. 12.

⁵⁷⁴ J. Bongaarts y B. Cohen, eds., “Adolescent Reproductive Behaviour in the Developing World”, *Studies in Family Planning* 29, núm. 2 (junio de 1998).

a largo plazo. La mayoría de los padres y las madres, incluyendo los padres y madres religiosos/as, necesitan más información y educación sobre lo que significa la sexualidad y la educación sexual para poder comunicar mejor sobre estos temas. Es muy importante que la comunicación entre padres y madres y sus hijos e hijas sea abierta y positiva—y que empiece lo más temprano posible.⁵⁷⁵

El apoyo de los padres y las madres en las vidas de adolescentes es un factor importante en la prevención de embarazos precoces y ETS. Esto presenta una oportunidad para vincular el hogar con las influencias de la sociedad a través de la educación y movilización de padres y madres y grupos comunitarios. Programas nuevos son diseñados para ayudar a los padres y las madres a comunicar sus valores sobre la sexualidad y también a proveer información precisa y apropiada relativa al desarrollo de sus hijos e hijas. Involucrar a los padres y las madres en la educación sexual de sus hijos e hijas hace más probable que vean el valor de los servicios de salud sexual y reproductiva que algunos oponen. Se puede asegurar la participación de padres y madres a través de organizaciones de padres, madres y maestros/as y la provisión de servicios de apoyo para padres y madres.⁵⁷⁶

Recintos para programas: escuelas

En los últimos cinco años, el número de niños/as en las escuelas primarias de países en desarrollo aumentó por casi 50 millones, y por lo tanto, cada vez más las escuelas son lugares eficaces para llegar a jóvenes y sus familias. Programas educativos de salud o población en las escuelas, ya son comunes en muchos países y pueden ser adaptados al añadir elementos sobre la salud sexual y reproductiva. Por lo general, los programas basados en las escuelas tratan los temas de prevención del embarazo precoz, el VIH/SIDA y ETS.⁵⁷⁷

Las escuelas podrían proveer un lugar seguro para que los y las adolescentes hablen de temas personales, consigan consejo, y exploren papeles de género no estereotípicos. Sin embargo, se sabe muy poco sobre cuán preparadas están las escuelas para empezar esta tarea. Dos estudios—uno

⁵⁷⁵ FNUAP, “Parents Handbook on Sexuality and Communication Skills”, Family Life Education Programme en Ghana, 2000, www.siecus.org.

⁵⁷⁶ FNUAP, “Strengthening UNFPA’s Approach to Sexuality Education”, septiembre de 2000, pp. 6–7.

⁵⁷⁷ Focus on Young Adults, “Reproductive Health for Young Adults”.

realizado en el Perú que examina la identidad masculina⁵⁷⁸ y otro llevado a cabo en México que exploró las necesidades de salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes indígenas⁵⁷⁹—indican que las escuelas necesitarían más preparación para promover modelos de género alternativos. El estudio en el Perú demuestra que es probable que los hombres jóvenes rechacen el sistema oficial de las escuelas de recompensa y castigo, desafíen a las autoridades de las escuelas y acepten un sistema alternativo que valore la agresividad y otros modelos estereotípicos para impresionar a sus pares. En el estudio mexicano, los/as maestros/as expresaron que necesitaban capacitación sobre cómo abordar los temas de matrimonio temprano, embarazos no planeados y otros temas de salud sexual y reproductiva para poder superar la vergüenza y sentirse más cómodos/as hablando de temas tan delicados con los y las adolescentes.⁵⁸⁰

Para tener éxito, los programas basados en las escuelas necesitan el apoyo del gobierno, de líderes comunitarios y de padres y madres. Otros elementos claves son: visión, liderazgo, pautas nacionales, la adaptación a problemas locales, la evaluación continua de necesidades, evaluaciones, tiempo y recursos. “Insertar contenido nuevo e implementar programas nuevos en las escuelas lleva por lo menos de tres a cinco años”, el mismo período de tiempo requerido para evaluar resultados de programas innovadores.⁵⁸¹ Programas efectivos en la capacitación de maestros/as utilizan el currículo y lo adaptan a las necesidades locales. Algunos programas basados en las escuelas hacen referimientos a servicios locales de salud y consejería. Los debates y las discusiones son herramientas comunes que utilizan los y las estudiantes para reflexionar sobre las implicaciones de sus decisiones sexuales y las actitudes y valores que las influyen. Actividades como éstas ayudan a prepararlos con el conocimiento y las habilidades que son esenciales para la negociación del sexo más seguro.⁵⁸²

El apoyo del FNUAP aumentó la capacidad de una escuela pública en Alagoas, Brasil de integrar un programa de educación sexual desarrollado por la Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

⁵⁷⁸ Juan Carlos Calligos, “Sobre Heroes y Batallas: Los caminos de la identidad masculina”, Escuela para el desarrollo, Lima, Peru, 2000, p. 50

⁵⁷⁹ Javier Cabral Soto, y Angel Flores Alvarado., “ Salud Sexual y reproductiva en Jóvenes Indígenas de las Principales Etnias de México”, IMMS-Solidaridad, México,2000.

⁵⁸⁰ Paul Bloem, “los Hombres Jóvenes: un Panorama internacional”, trabajo presentado en el Seminario Latinoamericano, “Trabajar con los hombres jóvenes: Salud, sexualidad, género y prevención”, Querétaro, Mexico, 28-31 de marzo de 2000, p. 17.

⁵⁸¹ Ibid.

⁵⁸² Focus on Young Adults, “Reproductive Health for Young Adults”.

(Bemfam).⁵⁸³ “Planeando tu Vida”, desarrollado por el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, es uno de los pocos currículos que han sido evaluados. Los resultados indican que los padres y madres, maestros/as y estudiantes favorecen fuertemente la inclusión de este curso en el currículo secundario nacional de México. Los y las estudiantes que participaron en un grupo de investigación incrementaron su conocimiento sobre la anticoncepción y no se mostraron más propensos a ser activos sexualmente que los y las estudiantes en el grupo de control; además los y las estudiantes que ya eran activos sexualmente y que tomaron el curso fueron más propensos a utilizar anticonceptivos que los y las estudiantes activos sexualmente en el grupo de control.

Otros lugares: programas comunitarios⁵⁸⁴

Los programas comunitarios han surgido como una manera alternativa para llegar a los y las jóvenes, particularmente adolescentes no escolarizados/as y jóvenes que son difíciles de alcanzar. En muchos países en desarrollo, los hombres jóvenes dejan la escuela a una edad temprana, y muchas veces se concentran en industrias específicas como el transporte, la agricultura, la pesquera y la construcción—lugares donde se les puede alcanzar con programas. La educación sexual también necesita ser disponible en otros lugares fuera de las escuelas, particularmente cuando los obstáculos políticos y prácticos a la educación sexual en las escuelas son imposibles de superar.⁵⁸⁵ Se utilizan enfoques múltiples para llegar a esta población, como los siguientes:

Educación de pares

Programas de educación de pares capacitan a hombres jóvenes para que provean información, referimientos para servicios y suministros a sus pares. Los educadores pares reciben capacitación especial en habilidades de toma de decisiones, cómo hacer referimientos de clientes, y la provisión de suministros y consejería. Estos programas han tenido éxito en lograr acceso a poblaciones que son difíciles de alcanzar—tales como jóvenes no escolarizados/as, niños/as de la calle, y trabajadores de sexo comercial—porque tratan de reclutar y capacitar a educadores y consejeros/as que tienen las mismas características que las poblaciones blanco. Como la presión de pares es un determinante importante en el comienzo temprano de relaciones sexuales, los y las educadores pares pueden proveer apoyo para contrarrestar esta coerción negativa. Por ejemplo, la educación de pares puede proveer a los hombres jóvenes las oportunidades para examinar los mitos que han formado sus actitudes sobre ellos mismos y sobre las mujeres. Los hombres jóvenes generalmente

⁵⁸³ FNUAP, “Strengthening Reproductive Health Services for Adolescents in Latin America”, *Resumen del Proyecto*, julio de 2000, p. 5.

⁵⁸⁴ Adaptado de Focus on Young Adults, “Reproductive Health for Young Adults”.

responden positivamente a educadores pares y a la oportunidad de hablar de sus sentimientos y sus papeles como hombres; indican que los educadores pares son creíbles, accesibles y atentos.⁵⁸⁶

Experiencias con la educación de pares

En México, educadores pares del programa “Gente Joven” de MEXFAM indican que como resultado de las actividades del proyecto, más hombres jóvenes están buscando información sobre la anticoncepción. En Namibia, el proyecto “Strengthening Male Involvement in Reproductive Health” (Fortaleciendo la participación del hombre en la salud reproductiva) capacita a cuadros de educadores pares para que conduzcan sesiones educativas para otros hombres jóvenes en los cuerpos de defensa y policía, en clubes de fútbol y en la iglesia Luterana evangélica.

En Gana, la Cruz Roja y la Asociación de Scouts han organizado un programa de educación de pares que provee capacitación en la negociación del sexo más seguro, la denegación y habilidades de asertividad.⁵⁸⁷

En Jamaica, los educadores pares del proyecto Cruz Roja “Together We Can” (Junots podemos) reportaron mejoras notables en el conocimiento sobre la transmisión del VIH y sobre servicios para jóvenes que tienen ETS. Este proyecto fue incluido en la evaluación del AIDSCAP (Proyecto de Control y Prevención del SIDA), la cual descubrió que el 95 por ciento de educadores pares habían hecho cambios en sus vidas y comportamientos, el 31 por ciento practicaban el sexo más seguro y/o usaban condones, el 20 por ciento habían reducido el número de parejas sexuales y el 19 por ciento habían cambiado sus propias actitudes.⁵⁸⁸

La variedad de términos utilizados en estos programas—tales como educadores pares, consejeros pares, ayudantes pares, distribuidores pares, y líderes pares—indica una gama amplia de enfoques. También se les dice a educadores/consejeros pares “promotores pares” en reconocimiento del trabajo que hacen para motivar a los y las jóvenes a que obtengan la información y los servicios que necesitan. Estos/as promotores/as generalmente trabajan con participantes en sesiones individuales o en grupos pequeños. También es posible que tengan otras responsabilidades, como exponer presentaciones ante grupos grandes, representar a la organización en juntas y consejos, y consultar con gerentes de programas.⁵⁸⁹ Por ejemplo, un/a oficial par es parte del Consejo de Gobierno de la IPPF. Oficiales pares trabajaron en la redacción de un manifiesto de jóvenes y participaron en el desarrollo del programa de radio “Sexwise”, una colaboración entre la IPPF y el British Broadcasting System, que se transmite en las regiones de África, el mundo Árabe, la América Latina, Asia del Sureste y China.

⁵⁸⁵ J. Senderowitz, “A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health”, p. 19.

⁵⁸⁶ C. Green, “Reaching Young Men with Reproductive Health Programs”, *Focus*, diciembre de 1998, www.pathfind.org/publications.htm.

⁵⁸⁷ *Ibid.*

⁵⁸⁸ J. Senderowitz, “A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health”, p. 23.

⁵⁸⁹ Focus on Young Adults, “Using Peer Promoters in Reproductive Health Programs for Youth”, *Focus*, diciembre de 1997, www.pathfind.org/focus.htm.

Centros para jóvenes

Los centros para jóvenes trabajan con jóvenes para mejorar sus habilidades de vida y así prevenir embarazos no deseados y otros comportamientos de riesgo. También ayudan a jóvenes embarazadas y ofrecen programas educativos, vocacionales, y sobre ser padres y madres junto con actividades recreativas.⁵⁹⁰ Tales programas tienden a atraer a más muchachos que muchachas.⁵⁹¹ Un centro exitoso en Haití, implementado por la Fondation pour la Santé Reproductive et de l'Education Familiale (FOSREF, Fundación para la Salud Reproductiva y Educación Familiar) con el apoyo del FNUAP, ofrece varias actividades, incluyendo la educación de pares, sesiones educativas y divertidas, y referimientos a una clínica amigable a los y las jóvenes. El enfoque sobre la salud reproductiva puede ser un factor que contribuye al éxito del centro, un hecho que solo puede ser comprobado a través de una evaluación más sistemática.⁵⁹²

Las alianzas entre ONG o organizaciones comunitarias que trabajan con jóvenes son cada vez más populares. Por ejemplo, en Kenia, PATH y la Asociación Keniana de Scout están colaborando en un proyecto que provee habilidades de vida a niños y niñas de la calle en un centro de rehabilitación.⁵⁹³ En la región Árabe, el FNUAP colabora con la Asociación de Boy Scouts.

⁵⁹⁰ J. Senderowitz, "A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health", p. 31.

⁵⁹¹ B. S. Mensch y M. E. Greene, "The Uncharted Passage Girl Adolescence in the Developing World", Population Council, 1998.

⁵⁹² J. Senderowitz, "A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health", p. 31.

⁵⁹³ Ibid., p. 20.

Región Árabe: Educación sobre la salud reproductiva para Boy Scouts y Girl Guides

Problemas sexuales existen tanto en la región de Estados Árabes como en cualquier otra parte del mundo. Hallazgos recientes de encuestas indican que en Marruecos y Algeria, las jóvenes no casadas abandonan unos 2.000 bebés al año. Los tabúes que rodean la sexualidad y el culto de la virginidad en la mayoría de los países Árabes llevan a una represión grande, la cual impide la comunicación libre dentro de la familia y en la sociedad sobre temas relacionados con la sexualidad. Los resultados de las encuestas sobre los problemas de jóvenes en Siria indicaron la necesidad que tienen los y las jóvenes de la educación sexual. El FNUAP, en colaboración con la Oficina Regional Árabe de la Organización Mundial del Movimiento Boy Scout (WOBSM, con sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud—Oficinas Regionales de Europa y el Medioeste (OMS-EMRO)—inició un proyecto para integrar la salud reproductiva y temas relacionados con el género dentro de los programas de los Boys Scouts y las Girls Guides. La Organización Árabe de Scout trabaja con las asociaciones de Scouts y Girl Guides en 19 países.

El proyecto regional tiene como objetivos el fortalecimiento de la capacitación en consejería a pares sobre los temas de salud reproductiva de adolescentes y salud sexual (SSA/SS), un mejoramiento en las capacidades nacionales en investigación sobre la SSA y en bases de datos, y el reforzamiento mayor del trabajo en redes a través de intercambios de experiencias exitosas, capacitación y materiales de IEC (información, educación y comunicación).

Los talleres de capacitación incluyeron: la investigación sobre la SSA, el diseño y producción de materiales IEC a bajo costo, y habilidades de consejería en salud reproductiva. Los temas tratados incluyeron la salud reproductiva, las ETS/VIH/SIDA, la población y la fertilidad, el género y *advocacy*. Los Scouts fueron capacitados en la investigación narrativa, las habilidades de comunicación interpersonal, las técnicas para la comunicación y la consejería de pares.

El WOBSM también asistió el Congreso Mundial en Chile, donde se llevaron a cabo varios talleres para aumentar la conciencia de los Boy Scouts sobre la salud reproductiva de adolescentes. Los temas discutidos fueron la salud de adolescentes, la prevención de ETS/VIH/SIDA, los exámenes pre-matrimoniales, la selección de una pareja para la vida, la salud y el crecimiento, el desarrollo de la personalidad, temas sociales y familiares, temas relacionados con el género, la ética y los valores. Los talleres subrayaron temas como la infección con las ETS/VIH, el matrimonio y la formación de la familia a través de juegos de roles, panfletos ilustrativos, revistas para las paredes y exhibiciones. El Congreso presentó una ocasión ideal para que los muchachos aprendieran sobre varios temas relacionados con la salud reproductiva.

Fuente: FNUAP, EAT Amman

Lugares de trabajo

La conexión entre la salud reproductiva de adolescentes y el empleo es cada vez más importante. La capacitación para el trabajo y la formación de habilidades son cada vez más integradas en programas de salud reproductiva para adolescentes. En Haití, el Groupe de Lutte Anti-SIDA (Grupo en Lucha contra el SIDA), un programa de prevención del VIH implementado en lugares de trabajo en Port-au-Prince—tales como compañías de utilidades y fábricas de embotellar—ha proveído la educación sobre la prevención del VIH a casi 20.000 trabajadores predominantemente hombres entre las edades de 15 y 49 años.⁵⁹⁴ Trabajadores de fábricas en Tailandia participaron en un

⁵⁹⁴ C. Green, “Reaching Young Men with Reproductive Health Programs”.

programa piloto de educación a pares enfocado en la prevención del VIH. Los resultados indican mejoramientos en el conocimiento de los participantes sobre la reducción de riesgos y la importancia de comunicar con sus parejas sobre el VIH/SIDA y el sexo más seguro; otros descubrimientos en la evaluación incluyen un incremento en la comunicación reportada entre parejas y en esfuerzos para educar a la familia y miembros de la comunidad sobre la salud sexual.⁵⁹⁵

En Tailandia, el Ejército Royal Tailandés estableció un programa de prevención y atención del VIH/SIDA. Utilizando la estructura formal de comandancia del ejército y los grupos de amistades naturales entre reclutas de 19 a 23 años, la intervención fue enfocada en aumentar el uso de condones en los prostíbulos y con otras parejas, disminuir el consumo de alcohol y el patrocinio de los prostíbulos, y mejorar las habilidades de negociación sexual y uso de condones. El programa resultó en una disminución en la incidencia de las ETS y el VIH.⁵⁹⁶

El proyecto alcanzó a jóvenes hombres con información sobre la salud reproductiva, condones y servicios en los sitios donde ellos se congregan, tales como discotecas, salas de billares, galerías de videojuegos y festivales locales. En Uganda, el programa de Educación en la Vida Familiar de la Diócesis descubrió que los hombres adultos y jóvenes tienen menos responsabilidades diarias que las mujeres, y por lo tanto constituyen una audiencia fácil de alcanzar en los lugares donde pasan su tiempo. En Indonesia, un proyecto utiliza trabajadores/as comunitarios/as para llegar a los hombres jóvenes en los bares y en las calles. Al principio, la mayoría de los jóvenes tenían actitudes negativos con respecto a los condones, y pocos los aceptarían de los y las trabajadores/as comunitarios/as. Pero dentro de seis meses se notó un cambio de actitud; los condones se volvieron “chéveres” por la retroalimentación positiva de las parejas de los hombres jóvenes.⁵⁹⁷

⁵⁹⁵ J. Senderowitz, “A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health”, p. 26.

⁵⁹⁶ C. Green, “Reaching Young Men with Reproductive Health Programs”.

⁵⁹⁷ Ibid.

Tailandia: La participación masculina en la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos para adolescentes en las comunidades musulmanas del sur de Tailandia

En el 1999, la Asociación de Planificación Familiar de Tailandia (PPAT, con sus siglas en inglés), con el apoyo del FNUAP, comenzó un proyecto piloto en Pattani, el centro de la población musulmana en cuatro provincias del sur de Tailandia. Aproximadamente el 56 por ciento de adolescentes dejan la escuela después de cumplir con la educación mandataria. Debido a las normas conservadoras de la comunidad musulmana, las mujeres y adolescentes son prohibidas a aprender sobre los temas de salud sexual. Como resultado, las incidencias de ETS/VIH, embarazo adolescente y abuso de drogas entre los y las adolescentes de la zona han sido incrementando. La mayoría de los drogadictos y personas seropositivas es masculina. En la comunidad musulmana del sur, los hombres son los tomadores de decisiones para las familias; por lo tanto, PPAT les alentó a que participaran en el proyecto.

El propósito del proyecto fue promover la salud adolescente y los derechos reproductivos en las comunidades musulmanas de la Provincia Pattani a través de la cooperación con el Consejo Islámico Provincial, las Ulamas locales y educadores pares, y proveer servicios de salud reproductiva y planificación familiar a parejas jóvenes y casadas a través de los centros de SSA y voluntarios comunitarios de salud.

El proyecto utilizó un enfoque de varios niveles—*advocacy*, IEC y entrega de servicios de salud reproductiva—para llegar a adolescentes y hombres. PPAT inició el proyecto a través de promover la importancia de la educación sobre la salud reproductiva para los y las adolescentes. Los temas de salud reproductiva y responsabilidad del hombre en la perspectiva islámica fueron discutidos con el consejo para convencer a sus miembros de que la educación en salud reproductiva es necesaria para que los y las adolescentes del área tengan una vida sana y productiva.

Fueron seleccionados cinco distritos de Pattani para el proyecto piloto, y se construyó cinco centros de SSA. Exhibiciones y videos sobre la SSA fueron organizados para los adolescentes masculinos. Se invitaron a los padres y madres a que asistieran un seminario sobre los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. PPAT organizó cursos de capacitación sobre la SSA para voluntarios comunitarios de salud (CVS) en pueblos musulmanes para que pudieran proveer información sobre la SSA y anticonceptivos a adolescentes y parejas jóvenes casadas. Esta estrategia atrajo a grandes números de adolescentes masculinos, lo cual fue indicado por su participación activa en la gerencia del centro de SSA y en el programa de educación sobre SSA.

Lecciones aprendidas

Las organizaciones comunitarias y religiosas locales pueden desempeñar un papel importante en promover la SSA y los temas de derechos; por lo tanto, es importante conseguir su apoyo al principio de estos programas. En el caso de Pattani, el Consejo Islámico Provincial jugó un papel central en la toma de decisiones sobre la SSA.

Fuente: Oficina del FNUAP en Tailandia

Servicios de salud reproductiva amigables para los y las jóvenes

Muchas de las características que se atribuyen a servicios “amigables para los hombres” pueden ser aplicadas también a servicios “amigables para los y las jóvenes”. Sin embargo, el enfoque en los y las jóvenes es muy diferente porque los y las “adolescentes pocas veces piensan en términos de planear sus familias” y están más preocupados con ver a alguien conocido/a, como el o la “vecino, o tía, o hasta la madre” si acuden a una clínica.⁵⁹⁸ Contar con “proveedores/as de servicios que muestran empatía, cariño y entendimiento” es uno de los criterios más importantes en encuestas que se les preguntan a jóvenes sobre el tipo de servicios que les gustaría. Se puede dividir las otras características importantes de servicios amigables a jóvenes en las categorías siguientes:

Características de un servicio amigable para los y las jóvenes

Proveedores/as

- personal capacitado para trabajar con jóvenes;
- personal capacitado para respetar a los y las jóvenes y sus necesidades;
- personal que reconoce la importancia central de la intimidad y la confidencialidad para los y las adolescentes;
- gerentes de clínicas que aseguran que hay tiempo extra para que los y las consejeros/as y el personal médico puedan discutir temas particulares a los y las jóvenes.

Servicios de salud

- espacio separado o horario especial para atender a clientes jóvenes;
- horarios convenientes para adultos y adultas jóvenes, como las tardes y fines de semana;
- centros de servicios ubicados en lugares convenientes;
- espacio adecuado para proteger la confidencialidad para jóvenes;
- ambiente clínica cómodo, lo menos “médico” posible, y atractivo para jóvenes.

Diseño del programa

- se acepta clientes sin citas;
- tiempo de espera corta, y se evita la congestión;
- precios bajos para los servicios para que los y las jóvenes puedan pagarlos;
- se alienta a los hombres jóvenes y muchachos a que acudan, y se ofrece servicios específicamente para hombres;
- disponibilidad en las salas de espera de materiales audio-visuales y impresos que tratan temas relevantes a adultos jóvenes;
- disponibilidad y publicidad de programas especiales para jóvenes en las escuelas, oficinas, fábricas y otros lugares recreativos o comunitarios. Muchas veces, la publicidad abierta contribuye a un aumento en el nivel de comodidad que tienen los y las jóvenes con el programa.

Fuente: IPPF/RHO, “Youth-Friendly Services”

⁵⁹⁸ IPPF/RHO, “Youth-Friendly Services”.

Características menos comunes y más experimentales incluyen consejeros/as pares que trabajan con consejeros/as profesionales; conducir discusiones formales e informales con grupos; proveer una gama amplia de servicios de salud reproductiva, por ejemplo, consejería sobre el abuso sexual, atención pre- y post-natal, y servicios de aborto; y pares y profesionales adultos que trabajan en programas comunitarias para proveer información y suministros como anticonceptivos, tabletas de hierro y suplementos de vitaminas.⁵⁹⁹

⁵⁹⁹ Focus on Young Adults, “Making Reproductive Health Services Friendly for Young People”, *Focus*, diciembre de 1997, www.pathfind.org/focus.htm.

La salud reproductiva de adolescentes en Panamá⁶⁰⁰

La Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFa), estableció un programa colaborativo para la salud sexual y reproductiva de adolescentes en David, Chiriquí, con el apoyo del FNUAP, el Ministerio de Salud local y líderes comunitarios. Los objetivos fueron fortalecer la capacidad de ONG y agencias gubernamentales en Panamá para que podrían trabajar juntos para proveer servicios e IEC a adolescentes; mejorar los modelos existentes de entrega de servicios e IEC a adolescentes; e incrementar el número de adolescentes alcanzados con servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad y con actividades de IEC.

Las estructuras comunitarias existentes, incluyendo el Ministerio de Salud y las ONG, trabajan con jóvenes y escuelas para promover la integración de actividades de salud sexual y reproductiva dentro de las tareas cotidianas, así mejorando servicios, educación e información.

Las actividades comunitarias incluyen reuniones con jóvenes y maestros/as, y cursos y charlas con padres, madres y otros miembros de la comunidad para informarles sobre las actividades del proyecto, proveer información sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes, y promover su participación en el proyecto. Otras actividades buscan la participación de administradores/as y maestros/as de escuelas, los cuales son capacitados en educación sobre la población y en planear e implementar actividades educativas. Además, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) capacitó al personal de APLAFa y del Ministerio de Salud y a trabajadores comunitarios en comunicar con los y las adolescentes sobre la sexualidad, las consideraciones de género que se debe tomar en cuenta con trabajar con jóvenes, los derechos de adolescentes y métodos para trabajo comunitario.

Actualmente, APLAFa está capacitando a promotores juveniles en la comunicación con pares; métodos anticonceptivos; prevención de ETS/VIH y del embarazo adolescente; y cómo hacer referimientos. Las estrategias educativas del proyecto alentarán a líderes de ONG a que repliquen la educación sexual con adolescentes y que integren los temas de salud sexual y reproductiva en su trabajo. Las conferencias juveniles, donde los y las jóvenes discuten sus necesidades y estrategias, son un componente integral del proyecto..

Lecciones aprendidas

Una de las lecciones aprendidas más valerosas de este proyecto ha sido la de involucrar a muchos grupos diversos, incluyendo otras ONG, las escuelas y el gobierno, y es importante al éxito de este programa. Otras lecciones que serían útiles en implementar proyectos para jóvenes incluyen:

- Los proyectos colaborativos requieren un período de organización inicial de seis meses;
- Involucrar a la comunidad en todas las fases del programa—desde la planeación hasta la implementación—le da un sentido de propiedad y hace que el programa entero sea más efectivo;
- Trabajar con el Ministerio de Salud es una manera buena para crear programas efectivos en términos de costos y sostenibles porque involucra la reestructuración de servicios existentes en vez de crear clínicas nuevas; y
- Es necesario hacer un esfuerzo más enfocado para involucrar a los padres y madres en el programa.

⁶⁰⁰ IPPF/RHO, 2000, www.ippfwhr.org.whatwedo/panama.html.

Consejería confidencial y oportuna

Mejorar la consejería para los hombres jóvenes y los muchachos a través de programas de educación sexual apropiados podría ayudar a enfrentar los varios temas que surgen más tarde en el ciclo vital.⁶⁰¹ Sin embargo, es difícil lograr esto con una población que es reservada hablando con adultos y que es aún menos propensa de compartir preocupaciones personales sobre la sexualidad o de hacer preguntas que podrían mostrar las dudas que tiene de sí mismo.

Líneas telefónicas de ayuda y programas de radio interactivos⁶⁰²

Los y las adolescentes, y particularmente los masculinos, consiguen la mayoría de información de sus pares no informados. Las líneas de ayuda y los programas de radio interactivos ofrecen una oportunidad para hacer preguntas anónimas y recibir respuestas informadas. Las líneas de ayuda, también conocidos como “hotlines”, son líneas telefónicas dedicadas a responder a llamadas sobre temas específicos. Algunas líneas de ayuda comunes en el campo de la salud tratan temas como el embarazo, la prevención y tratamiento de ETS y el VIH/SIDA, y la consejería sobre la violación. Los programas de radio interactivos cuentan con un/a “host” y a veces invitados quienes responden al aire a preguntas recibidas por teléfono o por correo sobre la salud sexual y reproductiva, la prevención del suicidio, el abuso de drogas y la violencia. Las personas que responden a las preguntas han sido capacitadas para discutir estos temas en un tono positivo y sin prejuicios, para ayudar a los y las llamantes a que clarifiquen sus valores, actitudes y comportamiento, y a ayudar a crear habilidades de negociación, toma de decisiones y comunicación. Las líneas de ayuda y programas de radio interactivos han tenido mucho éxito en llegar a los y las adolescentes a través de proveerles con apoyo emocional, información confidencial y consejería durante una crisis:

- Llegan a un número grande de jóvenes. El *Youth Variety Show* de Kenia llega a más de 3,3 millones de jóvenes. La línea de ayuda *Joven a Joven* en la Ciudad de México recibe unas 4.600 llamadas al mes. Más de 150.000 jóvenes trataron de llamar la línea de ayuda Dial-A-Friend en las Filipinas durante sus primeros siete meses de operación, y la South African AIDS Helpline recibió 30.000 llamadas en el 1997.⁶⁰³ Estos programas llegan más allá de la audiencia meta porque atraen a los y las jóvenes. La línea de ayuda *Talking about Sexual and Reproductive Health Information (TARSHI)* en la India no es dirigida específicamente a jóvenes, pero un 60% de los llamantes son entre las edades de 15 y 25 años.

⁶⁰¹ Family Health International, “Male Responsibility for Reproductive Health”, *Network* 18, núm. 3 (1998).

⁶⁰² Focus on Young Adults, “Reaching Adolescents through Hotlines and Radio Call-in Programs”, *Focus*, diciembre de 1999, www.pathfind.org/focus.htm.

⁶⁰³ Ibid.

- Son eficientes en términos de costo comparados con la consejería por proveedores/as y discusiones en grupos pequeños, y el/la usuario/a paga muy poco o nada
- Se los puede estructurar para que tengan un horario conveniente para jóvenes—después de la escuela o de noche, cuando los y las jóvenes son más probables de utilizarlos. Las líneas de ayuda pueden ser programadas para responder a llamadas con un mensaje automatizado que provee información las 24 horas del día, siete días a la semana.
- Pueden involucrar a jóvenes a través de su reclutamiento y capacitación para responder a llamadas. La línea de ayuda *Sahabat Remaja* (Amigos de Jóvenes) en Indonesia descubrió que los y las jóvenes son más cómodos con la consejería en línea por sus pares.
- Pueden referir a llamantes a servicios. En Uganda, los y las consejeros/as pares la línea de ayuda *Youth Sexual and Reproductive Health Project* están capacitados/as y alentados/as a que acompañen a los y las llamantes a los servicios del Hospital Universitario. La línea de ayuda *Joven a Joven* ha establecido relaciones formales con servicios psiquiátricos, centros de consejería y violencia doméstica, y clínicas de salud reproductiva para poder referir a llamantes que requieren ayuda adicional.
- Aumentan la conciencia comunitaria. La línea de ayuda *Youth Sexual and Reproductive Health Project* en Uganda recibió muchas cartas de agradecimiento de miembros de la comunidad y de jóvenes, lo cual es evidencia del alcance del programa. En la India, la línea de ayuda *TARSHI*, junto con materiales informativos distribuidos en eventos públicos, sirve como un recurso para periodistas que escriben sobre temas de salud sexual y reproductiva. *TARSHI* también recopila datos sobre las llamadas y los utiliza para informar sobre temas relacionados con la sexualidad.

Sin embargo, estos programas son difíciles de monitorear y evaluar. Respetar la anonimidad y confidencialidad de los y las llamantes puede impedir la recopilación de perfiles de llamantes. También es difícil medir el impacto de estos programas.

La palabra escrita y el Internet

Los periódicos y las revistas de moda son otra manera que los y las jóvenes pueden comunicar con adultos de confianza. En Uganda, *Straight Talk*, un periódico con circulación de 100.000 al mes, está dirigido a lectores de 14 a 19 años de edad. La sección de “Noticias Corrientes” da espacio amplio para comentarios y preguntas de sus lectores jóvenes “y el consejo proveído por el/la editor/a adulto/a es directo. Para responder a una pregunta de un lector masculino, el periódico respondió ‘Si tienes miedo de tener relaciones sexuales con la novia, no estás listo para tenerlas. La

sensación sexual a tu edad es normal, pero no tienes que tener relaciones sexuales. La masturbación te puede ayudar a aliviar estas sensaciones tensas'. A pesar de las opiniones extraordinariamente francas, el periódico sigue prosperando".⁶⁰⁴

Los programas también están empezando a experimentar con el Internet y los CD-ROM como una manera de hacer que la información sea accesible a los hombres jóvenes quienes se sienten incómodos o reticentes hablando sobre temas relacionados con la sexualidad.

Trabajar con peruanos jóvenes en el Centro Juvenil Futuro de INPPARES⁶⁰⁵

El Centro Juvenil "Futuro" del Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES), la asociación de planificación familiar en el Perú, está tratando de disipar información incorrecta que muchos/as jóvenes tienen sobre el sexo, las ETS, la anticoncepción y la concepción, tales como la "imposibilidad" de quedarse embarazada después de la primera relación sexual—lo cual el 79 por ciento de los y las adolescentes encuestados toman por verdad. El centro ha tenido que ser creativo en superar estos mitos y llegar a los y las jóvenes de manera efectiva

Hace dos años, el centro empezó a ofrecer servicios de consejería a jóvenes a través del Internet (www.inppares.org.pe/). Este medio nuevo es un mecanismo de comunicación atractivo para los y las jóvenes, no solo por la novedad de la tecnología, pero también porque protege su identidad. El servicio Internet ha ayudado a que el centro mantenga contacto constante con jóvenes masculinos y femeninos en colegios y universidades a través del país. Actualmente, el centro responde a unas 80 preguntas cada semana, generalmente para responder a las preocupaciones y preguntas de jóvenes sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Adicionalmente a la consejería por Internet, INPPARES ha desarrollado un CD-ROM innovador e interactivo que enseña a jóvenes sobre la transmisión, el diagnóstico y el tratamiento de las ETS/VIH. Ofrece una manera confidencial para aprender sobre este tema delicado, un tema que los y las jóvenes no se sentirían cómodos de abordar con profesionales médicos.

Programas educativos entretenidos

La educación divertida es el proceso de diseñar e implementar un mensaje en algún medio específicamente para entretener y educar, para incrementar el conocimiento de la audiencia sobre un tema educativo, para crear actitudes favorables y para cambiar el comportamiento público.⁶⁰⁶ El John Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP) describe la educación entretenida como "una estrategia de comunicación innovadora que utiliza los medios de entretenimiento populares para comunicar sobre temas sociales en las áreas de salud, el

⁶⁰⁴ ONUSIDA, "Young People and HIV/AIDS", *UNAIDS Briefing Paper*, abril de 1999, p. 10.

⁶⁰⁵ IPPF/RHO, "Working with Young Peruvians at the INPPARES 'Future' Youth Center", *Reaching Out*, primavera de 2000.

⁶⁰⁶ A. Singhal y E. Rogers, *Entertainment Education — A Communication Strategy for Social Change* (Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999), p. 9.

medioambiente, la justicia social y la paz”.⁶⁰⁷ El propósito de los programas educativos entretenidos es contribuir al cambio social—el proceso de alterar el sistema de comportamiento social en una sociedad específica. Estos cambios pueden ser a nivel del individuo, la comunidad o la sociedad. Hay seis factores que determinan la efectividad de educación divertida. Son las características de la audiencia, los factores organizacionales, el ambiente de los medios, la investigación sobre la audiencia, los factores particulares al programa y los factores infraestructurales.⁶⁰⁸

La campaña “Senegal Reaching Men Campaign” enfocó en combinar los beneficios de la educación entretenida con un proyecto de una línea telefónica de ayuda para alentar a los hombres a que se involucraran en temas de salud familiar, particularmente la planificación familiar, la información sobre las ETS/SIDA y referimientos a servicios de salud reproductiva. Combinó tres estrategias: *advocacy* con líderes religiosos (incluyendo cofradías islámicas) y personas encargadas de formular políticas, una campaña multimedia, y un componente de movilización comunitaria con un/a trabajador/a comunitario/a de salud. Se llegó a los y las adolescentes a través de un proyecto piloto de una línea de ayuda, junto con servicios de planificación familiar, y a través de un concierto de rap. En un concierto de rap para movilizar a jóvenes sobre la salud reproductiva, se organizó una serie de concursos de música, poesía tradicional y teatro. Se les alentó a los y las adolescentes a que desarrollaran canciones de rap, poemas y dibujos sobre temas relacionados con la salud reproductiva, tales como las ETS y el VIH/SIDA. Los y las representantes o artistas fueron capacitados/as sobre estos temas para que pudieran incorporar mensajes relevantes en su propio trabajo. Las letras de rap que presentaron los y las adolescentes culminaron en un concierto de rap, lo cual fue promocionado en la radio. Se vendió todas las entradas al concierto, y el concierto fue bien asistido. Las ganancias, junto con el apoyo de JHU/CCP, sostuvieron la línea de ayuda que proveía los servicios a jóvenes. Este es un ejemplo excelente de una estrategia de educación divertida que se está utilizando para financiar un sistema de líneas rojas. La estrategia de usar canciones de rap es una de las intervenciones claves.⁶⁰⁹

En Haití, la Foundation de Santé Reproductive et d’Education Familiale (FOSREF), en colaboración con el Center for Development and Health (CDS), inició el proyecto “Youth Reproductive Health” (Salud Reproductiva de Jóvenes). Las actividades del proyecto incluyeron un juego sobre la responsabilidad sexual, una canción para un vídeo musical, tres cuñas de radio, tres

⁶⁰⁷ “Search of the month”, septiembre de 2000, www.jhuccp.org/info-to-go.

⁶⁰⁸ A. Singhal y E. Rogers, *Entertainment Education*.

⁶⁰⁹ Véase la página Web: www.jhuccp.org/info-to-go/enter-ed/index.stm.

novelas fotográficas y otros materiales que usan los medios. Un grupo de rap muy conocido en Haití produjo una canción y un vídeo. El vídeo fue transmitido por la televisión comercial y la canción fue transmitida regularmente en la radio.⁶¹⁰ La canción es percibida por el público Haitiano como otra canción más del grupo, no como una canción con un mensaje relacionado a la salud. Todos, particularmente los y las adolescentes, conocen la letra de la canción.

Family Health International y Ashe, una ONG Jamaquina, están trabajando juntos para crear un currículo innovador—“Preparing for the Vibes in the World of Sexuality”—que utiliza la drama, la música y otras técnicas para empoderar y preparar a jóvenes para la responsabilidad sexual.⁶¹¹

El mercadeo social

Los y las adolescentes constituyen una audiencia blanco importante para los esfuerzos de mercadeo social (descrito con más detalle en el Capítulo VI). Una evaluación reciente de campañas de mercadeo social dirigidas a jóvenes en Botswana, Camerún, Guinea y Sudáfrica dan nuevas percepciones sobre el tiempo y trabajo necesario para cambiar los comportamientos de los y las adolescentes. Estos descubrimientos están resumidos en el cuadro siguiente.

⁶¹⁰ Ibid.

⁶¹¹ J. Senderowitz, “A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health”, p. 19.

Lecciones aprendidas de SMASH⁶¹²

Cambiar el comportamiento de adolescentes puede requerir esfuerzos programáticos intensivos de por lo menos dos o tres años. Es posible que los programas de mercadeo social dirigidos a jóvenes que tienen un período de intervención corto (un año o menos) pueden mejorar el conocimiento sobre la salud sexual, lo cual puede llevar a un cambio de comportamiento, pero no es probable que tengan un impacto grande en el comportamiento.

Los programas de mercadeo social dirigidos a jóvenes son más efectivos si incluyen una mezcla cuidadosamente diseñada de promoción en los medios masivos y de comunicación interpersonal (cara a cara). Enfoques interpersonales, tales como la educación de pares en grupos pequeños, son muy efectivos en promover el diálogo, pero su alcance es limitado si no son suplementados por actividades grandes en los medios masivos. Programas que cuentan solamente con los medios masivos tienen una capacidad limitada para tratar las preocupaciones de jóvenes y de crear confianza. Programas exitosos cambian los dos enfoques.

Es probable que un mejor entendimiento de las varias preocupaciones de salud reproductiva de los y las jóvenes incremente la efectividad de intervenciones para adolescentes. Las actividades de los programas, y los mensajes de comunicación, pueden ser más efectivos si son adaptados a tratar las preocupaciones de hombres y de mujeres. Ambos sexos necesitan escuchar mensajes consistentes si, por ejemplo, se van a entender en la negociación del uso del condón.

La promoción de condones para la prevención de ETS o VIH/SIDA requiere estrategias de comunicación cuidadosas para poder reducir el estigma asociado con el uso de condones. El dilemma que enfrentan los programas en promover el uso de condones entre jóvenes es la importancia de educarles sobre la efectividad de los mismos en prevenir la enfermedad y también sobre la importancia de usarlos en situaciones de alto riesgo, y al mismo tiempo asociar los condones con estilos de vida positivas y reducir el estigma asociado con su uso.

La participación de jóvenes en el diseño de programas es beneficioso, pero puede ser necesario facilitar y darles dirección para asegurar que los y las adolescentes mantengan un enfoque en los temas críticos. La participación de adolescentes en el diseño de programas también es útil en asegurar que los materiales educativos son atractivos a audiencias jóvenes. La experiencia de SMASH en Suráfrica demostró que los materiales son probables a reflejar los temas que los y las jóvenes ya conocen (como el embarazo), pero no necesariamente reflejarán los temas que son más importante desde una perspectiva de salud pública (como el SIDA).

Los programas de mercadeo social dirigidos a jóvenes deben tener objetivos medibles y suposiciones claras sobre el cambio de comportamiento. Un marco de cambio de comportamiento puede ser útil en identificar los factores que influyen en el comportamiento y que pueden ser enfrentados a través de intervenciones programáticas.

La evaluación es un componente necesaria para medir el impacto de actividades del programa. Es ideal usar un diseño de investigación que utilice un grupo de control, pero no siempre es factible. Encuestas estandarizadas y el uso de una grupo muestral grande (por ejemplo, de 1.000) puede mejorar estos tipos de evaluaciones.

⁶¹² SMASH, “Results of Operation Research in Botswana, Cameroon, Guinea, South Africa”.

Conclusión

Durante los últimos cinco años, han ocurrido cambios importantes en los programas que enfrentan las necesidades de los hombres en la población y la salud sexual y reproductiva. Los más notables son:

- un gran avance en los conocimientos psico-sociales sobre las percepciones que tienen los hombres sobre temas relacionados al sexo y a la reproducción, el proceso de socialización de los hombres, y el impacto que tiene este proceso sobre los hombres y las mujeres;
- el uso de un enfoque de género en la salud sexual y reproductiva;
- el reconocimiento de las necesidades psicológicas y de salud de los hombres;
- la necesidad de integrar las ETS/VIH/SIDA en los servicios de planificación familiar;
- la necesidad de promover el uso de condones como un método de protección doble contra el embarazo no deseado y las ETS/VIH/SIDA;
- una visibilidad mayor de y un compromiso mayor a la eliminación de la violencia contra las mujeres, con un conocimiento de los vínculos entre la violencia, la sexualidad y el VIH/SIDA;
- un movimiento internacional de hombres que se están movilizand o en contra de la violencia;
- un movimiento para incluir a los hombres en la maternidad segura; y
- el estudio de modelos alternativos para la masculinidad que respetan plenamente a las mujeres.

Mientras tanto, una proliferación de iniciativas ha contribuido al desarrollo de un mayor conocimiento de los elementos claves requeridos para la integración de los hombres como aliados en programas de salud sexual y reproductiva. Éstas incluyen los cambios legislativos, las redes masculinas progresivas, la capacitación de proveedores/as de servicios, los intentos para proveer la educación sexual a hombres jóvenes y muchachos, la capacitación en género y el desarrollo de habilidades para resolver conflictos.

De este resumen de las investigaciones y los programas relacionados, se puede identificar varias áreas prioritarias que necesitan más atención del FNUAP y sus aliadas para continuar el progreso que se ha hecho en el *advocacy*, la investigación y la evaluación, como las siguientes:

Advocacy a los niveles internacionales, nacionales y locales para la creación de condiciones que permiten el cambio en papeles de género. El enfoque de esfuerzos de *advocacy* debe incluir:

- La participación de líderes comunitarios/as, incluyendo líderes del gobierno, el sector privado, la religión, los medios masivos de comunicación y el mundo de los espectáculos, para que endosen las alianzas iguales entre hombres y mujeres. Las áreas prioritarias para campañas de *advocacy* son la igualdad de género, las necesidades de los hombres y las mujeres para la salud sexual y reproductiva (más allá de la planificación familiar), y la eliminación de prácticas dañinas, tales como la preferencia por el hijo varón, el matrimonio temprano, la MGF y la violencia doméstica.
- La promulgación de leyes, políticas y estrategias que condenan la violencia, permiten que los hombres tomen la licencia de paternidad y que estén más cercanos a sus mujeres y hijos/as desde la concepción hasta las fases de ser padre, y promueven el acceso más libre a los condones. Conseguir el apoyo de organizaciones de hombres, mujeres y jóvenes y de proveedores/as de servicios para alentar a que los hombres busquen servicios, incluso la consejería, contribuirá a que los hombres se sientan más cómodos con su estado en las “esferas privadas”.
- El trabajo con los medios masivos de comunicación, educadores/as y proveedores/as de servicios para promover modelos masculinos a imitar alternativos, cambiar las normas que permiten la violencia y promover la tolerancia de la diversidad.
- Otro desafío es cómo reducir la hostilidad contra los hombres que consensualmente tienen relaciones sexuales con otros hombres en privado. Tal hostilidad inhibe la voluntad de los hombres y adolescentes para buscar servicios y reportar síntomas del VIH/SIDA⁶¹³. Algunas medidas que los donantes pueden tomar incluyen la revisión de leyes discriminatorias a los hombres que tienen sexo con hombres y el apoyo de la organización comunitaria por programas de prevención.

Investigación. Se necesita información adicional sobre los factores contextuales que determinan la identidad masculina y las relaciones de género en todas las regiones, y también sobre los varios

⁶¹³ ONUSIDA, “AIDS and men who have sex with men”, AIDS Technical Update, mayo de 2000, UNAIDS Best Practices Collection, Ginebra.

aspectos de grupos de toma de riesgo. También se necesita más investigación para entender los comportamientos de relaciones sexuales con el mismo sexo y su relación a la toma de riesgos⁶¹⁴. Existe muy poca información sobre los sentimientos de los hombres con respecto a la paternidad, cómo hacen frente al embarazo de su pareja y un aborto espontáneo, y la mortalidad/morbilidad de una pareja o hijo/a.⁶¹⁵ Otras preguntas que todavía no tienen respuesta están relacionadas a las ideas que tienen los hombres sobre la salud reproductiva y sus derechos: ¿qué son las percepciones de los hombres con respecto a los derechos personales, los privilegios y las responsabilidades? ¿Qué consideran que son los derechos de las mujeres? ¿Cómo entienden la idea de derechos iguales entre los hombres y las mujeres?⁶¹⁶ ¿Cuáles son sus percepciones con respecto a las prácticas dañinas y cómo se las puede eliminar?

Diseminación de resultados de investigaciones y desarrollo de una terminología estándar. Un conjunto emergente de literatura analiza efectivamente las causas de la violencia, poniendo énfasis en las relaciones desiguales del poder y las definiciones dominantes de la masculinidad. Sin embargo, este análisis todavía no ha sido popularizado de manera adecuada y por lo tanto es poco utilizado en los esfuerzos de prevención.

Aunque los conceptos de las relaciones de género, los hombres como aliados, las masculinidades, la educación sexual y la protección doble ya no son nuevos, éstos recientemente han sido adoptados por el campo de población, y el lenguaje asociado con estos conceptos complejos todavía está en flujo y necesita ser estandarizado. Tal estandarización contribuiría a la creación de un entendimiento común por todo el mundo.

Evaluación e indicadores. Existe la necesidad de indicadores cualitativos y cuantitativos estándares para la evaluación rigurosa de los programas para hombres. Los indicadores que se desarrollen deben evaluar el proceso de cambio con respecto al comportamiento sexual de los hombres, el respeto por las decisiones de sus parejas, las dinámicas de pareja, la búsqueda de servicios de salud y el cuidado de la salud de sus parejas.

⁶¹⁴ ONUSIDA, “AIDS and men who have sex with men”.

⁶¹⁵ Comunicación personal de Wariara Mbugua, FNUAP, octubre de 2000.

⁶¹⁶ R. P. Petchesky, “Conceptual Framework for IRRAG Research on Men”, International Reproductive Rights Research Action Group, Phase II Study on Men’s Sexuality, Rights and Personhood, abril de 1999, p. 3.

Diseminación de información. La diseminación más efectiva de la información actualizada todavía es un área que necesita ser fortalecida y que requiere más atención y apoyo financiero. Las experiencias innovadoras de los países Nórdicos deben ser popularizadas a través del mundo. La diseminación de los resultados de investigaciones y de soluciones a problemas comunes y la duplicación de programas exitosos sigue siendo una estrategia exitosa para la promoción de la agenda de la CIPD.

Por ejemplo, los centros y las depositarias regionales de información, como la Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales (FLACSO), las oficinas regionales del Population Council y otras en África y Asia, merecen más apoyo de las agencias de las Naciones Unidas tales como ONUSIDA y FNUAP.

El Internet es una herramienta útil para facilitar la transferencia de conocimientos, pero el lenguaje utilizado y los problemas de conectividad podrían ser obstáculos. Se deben hacer todo lo posible para asegurar que los países en desarrollo tengan acceso al contenido existente y que tengan la capacidad para publicar sus propias experiencias.

Creación de alianzas nuevas en situaciones de emergencia. Una colaboración más estrecha entre los gobiernos, las poblaciones, las organizaciones de salud, las agencias de beneficencia y las agencias que proveen servicios a refugiados ayudaría al fortalecimiento de iniciativas en esta área. Estas alianzas enriquecerían el conocimiento general sobre los temas sexuales y reproductivos urgentes que surgen en campamentos de refugiados, zonas de guerra y otras circunstancias de emergencia, y sobre las estrategias que responden a las necesidades de salud sexual y reproductiva de manera más exitosa en estas condiciones.

Fortalecimiento de redes de hombres conscientes del género. En los últimos cinco años, redes nacionales y regionales, y algunas internacionales, han surgido de las varias conferencias sobre la participación masculina. Estas redes deben ser fortalecidas para que puedan desempeñar un papel en el trabajo de *advocacy* delineado anteriormente, crear un debate, y permitir que los hombres se hagan propietarios los temas y las soluciones.

Como declara un especialista en género: “Existen muchos hombres que están tratando de eliminar varias formas de violencia contra las mujeres y muchachas, hombres que desafían la definición de las mujeres como propiedad de los hombres, hombres que desafían el patriarcado—y el tipo de

masculinidad que la apoya. Necesitamos aprender más sobre estos hombres, reconocerlos y trabajar con ellos. Estos son los hombres que debemos usar como modelos a imitar con nuestros hijos.”⁶¹⁷

Los contenidos de este informe dan testimonio al trabajo tremendo que han hecho el FNUAP y otras organizaciones en los últimos cinco años para la creación de alianzas con los hombres. Los hombres están cada vez más interesados en la calidad de su vida familiar, en el logro de la salud sexual y reproductiva y en el establecimiento de alianzas constructivas con las mujeres. El campo de la población está empezando a entender que no se tuvo en cuenta a la mitad de la población en la atención a los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. Ha llegado la hora de hacer todo esfuerzo para corregir esta negligencia a través del estudio de los modelos, el análisis de las estrategias y la evaluación de los diseños de programas mientras se progresa cautelosamente hacia la integración de los hombres en una manera que no impacte negativamente la salud y los derechos de las mujeres.

⁶¹⁷ R. F. Hayward, “Needed: A New Model of Masculinity to Stop Violence against Girls and Women” (trabajo presentado al Simposio Global de la OMS sobre la Violencia y la Salud, Kobe, Japón, 12–15 de octubre de 1999; en el informe final y el documento principal, taller UNICEF, “Ending Gender Violence and Reaching Other Goals: What Do Men and Violence Have to Do with it?” New York, 23–24 de marzo de 2000.

BIBLIOGRAFÍA

Aganon, M. E., et ál. “Population and Family Welfare Programmes at Enterprise level: The Philippine Experience”. En *Population Education and Services in Enterprises*. FNUAP/OIT (INT/92/P77), 1994.

Agarwal, B. “Gender and Command over Property: A Critical Gap in Economic Analysis and Policy in South Asia”. *World Development* 22, núm. 110 (1994): 1455–78.

Ajuwon, A. J., et ál. “Sexual Coercion among Adolescents in Ibadan, Nigeria: The Perspectives of Males”. Trabajo presentado en la reunión de la región africana de la OMS en Pretoria, Sudáfrica, 27–29 de septiembre de 2000.

Askew, Sue, y Carol Ross. *Boys Don't Cry: Boys and Sexism in Education*. Buckingham: Open University Press, 1998.

Avenido, S. G. “Member and Family Welfare Services Provided by the Associated Labour Unions/Trade Union Congress of the Philippines”. En el informe de la OIT sobre la reunión consultiva regional sobre servicios comprensivos de seguro social para miembros y familias proveídos por las organizaciones de gremios, Cebu, 23–27 de abril de 1996.

AVSC International. “Men as Partners: Ideas from Four Continents”. *AVSC News*. Primavera 1997.

———. “Men as Partners Initiative: Summary Report of Literature Review and Case Studies”. New York, 1997.

———. “Men as Partners in Reproductive Health”. *Workshop Report*. Mombassa, Kenya, mayo de 1997.

———. *Introduction to Men's Reproductive Health Services*. New York, 2000.

AVSC International y IPPF/RHO. *Cinco estudios de caso preparados para el simposio sobre la participación masculina en la salud sexual y reproductiva: Nuevos paradigmas*. Oaxaca, México, octubre de 1998.

———. “La participación masculina en la salud sexual y reproductiva: Nuevos paradigmas”. *Resumen de la literatura*. Oaxaca, México, octubre de 1998.

———. “La participación masculina en la salud sexual y reproductiva: Nuevos paradigmas”. *Memorias del simposio*. Oaxaca, México, octubre de 1998.

Banakole, A., y S. Singh. “Couples' Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries: Hearing the Man's Voice”. *International Family Planning Perspectives* 24, núm. 1 (1998): 15.

Banjos, N., et ál. “La Promotion du préservatif comme contraceptif”. *ANRS Information*, núm. 19 (julio/agosto 1996): 47.

Barker, Gary. “The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean”. Chicago: John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, enero de 1996.

———. “Boys in the Hood, Boys in the Barrio: Exploratory Research on Masculinity, Fatherhood and Attitudes toward Women among Low Income Young Men in Chicago, USA, and Rio de Janeiro, Brazil”. Unión internacional para el estudio científico de la población (IUSSP), Comité sobre el género y la población, Centro De Estudios de Población (CENEP). Trabajo presentado en el Seminario sobre los hombres, la formación de familias y la reproducción, 13–15 de mayo de 1998.

———. “Boys, Men and HIV/AIDS”. Trabajo de síntesis (segundo borrador). Instituto Promundo, Río de Janeiro, Brasil, 18 de enero de 2000.

———. “Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men”. Notas de la investigación para la disertación. Julio de 2000.

Bauni, E. K., y B. O. Jarabi. “Family Planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS: The Case of Nakuru District, Kenya”. *Studies in Family Planning* (marzo de 2000).

Bawah, Ayaga A., et ál. “Women’s Fears and Men’s Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana”. *Studies in Family Planning* 30, núm. 1 (1999).

Becker, Stan. “Couples and Reproductive Health: A Review of Couple Studies”. *Studies in Family Planning* 27, núm. 6 (1996): 291–306.

———. “Measuring Unmet Need: Wives, Husbands or Couples?” *Family Planning Perspectives* 24, núm. 94 (1999): 172–80.

Becker, Stan, y J. C. Robinson. “Reproductive Health Care: Services Oriented to Couples”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 61, núm. 3 (1998): 275–81.

Beckman, L. “Communication, Power and the Influence of Social Networks in Couple Decisions on Fertility”. En *Determinants of Fertility in Developing Countries*, editado por R. A. Bulatao et ál. Vol. 2, *Fertility Regulation and Institutional Influences*, pp. 415–43. New York: Academic Press, 1983.

Berer, Marge. “Men”. *Reproductive Health Matters* 7 (mayo de 1997): 10.

Bilac, Elisabete D., et ál. “The ‘Family Man’: Conjugalit y and Fatherhood among Middle-class Brazilian Men in the 1990s”. WHO/HRP, Universidade Estadual de Campinas–Núcleo de Estudos de População, enero de 2000.

Blanc, A., et ál. “Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda”, p. 214. Calverton, Maryland: Macro International, diciembre de 1996.

Brooks, M. “Men’s Views on Male Hormonal Contraception”. *British Journal of Family Planning* 24, núm. 1 (abril de 1998): 7–17.

Bruce, J. “Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework”. *Studies in Family Planning* 21, núm. 2 (1990): 61–69.

Calligos, J. C. «Sobre Heroes y Batallas: Los caminos de la identidad masculina», Escuela para el Desarrollo, Lima (Peru) 2000, p. 50.

CARE. “Strategies to Involve Men in Reproductive Health Care: From Farm Management to Family Management”. *Frontiers in Reproductive Health*, Biblioteca electrónica, 1990–1999, mayo de 1999.

Casterline, John. Comunicación personal, Ginebra, 2000.

Cates, W., y K. Stone. “Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update, Part 1”. *Family Planning Perspectives* 24, núm. 2 (marzo/abril de 1992).

Cates, W., et ál. “Dual vs. Dual(ing) Protection against Unintended Pregnancy and Sexually Transmitted Infections: What Is the Best Contraceptive Approach?”. Family Health International. Manuscrito preparado para sumisión al *British Medical Journal*, 2000.

Cazes, Daniel. “Work among Men in Latin America: Investigation and Practices, Results and Experiences”. Trabajo presentado en el Seminario sobre los hombres, la formación de familias y la reproducción, IUSSP, Buenos Aires, Argentina, 13–15 de mayo del 1998.

CEDPA. *Gender Equity: Concepts and Tools for Development*. Washington, DC, 1996.

———. *Choose a Future! Issues and Options for Adolescent Boys: A Source Book of Participatory Learning Activities*. Washington, DC, noviembre de 1998.

Centerwall, E. “Sexuality Education for Adolescent Boys”. Asociación sueca para la educación sexual, Suecia, 1995.

Chikara, Florence T. “The Role of IEC in Reinforcing or Changing Gender Stereotypes and Promoting Gender Equality”. En *Sexual and Reproductive Health and Rights of Women*. Trabajo de discusión de la IPPF, tomo 1, 1995.

Clark, Sam, et ál. “Increased Participation of Men in Reproductive Health Programs”. Informe para el Ministerio Royal para Asuntos Exteriores, Oslo, Noruega, 21 de febrero de 1999.

Coeytaux, Francine. “Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia, Postpartum Program”. *Quality/Calidad/Qualite*, núm. 1. New York: The Population Council, 1989.

Cohen, Sylvie I., y Doris D’Cruz Grote. “Communication and Gender: Some Reflections Based on Experiences from UNFPA, UNICEF and UNAIDS”. Presentación al taller de ONUSIDA sobre la comunicación para el cambio de comportamiento y social, Ginebra, agosto de 2000.

Connell, R. W. “La Organización social de la masculinidad”. En *Masculinidad/es, Poder y Crisis*, editado por Teresa Valdés y José Olavarría. Santiago: Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres núm. 24, 1997.

Cook, Rebecca J. “Gender, Health and Human Rights”. *Health and Human Rights* (Harvard School of Public Health) 1, núm. 4 (1995): 357–58.

CORIAC afiches. Más información disponible al: coriac@laneta.apc.org.

Coulter, Angela. “Paternalism or Partnership: Patients Have Grown Up — and There’s No Going Back”. *British Medical Journal* 319 (1999): 719.

Danforth, Nick, y Cynthia P. Greene. “Involving Men in Reproductive Health: A Review of USAID-Funded Activities”. USAID Poptech Report núm. 96-070050, abril del 1997.

Danielson, R. “Couple-Friendly Care: Paradigm for Reproductive Health Promotion”. Trabajo presentado en la reunión anual de la American Public Health Association, San Diego, California, noviembre de 1995.

Das Gupta, M. “Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India”. *Population Review* 13, núm. 1 (1987): 77–100.

Dixon-Mueller, Ruth. “The Sexuality Connection of Reproductive Health”. *Studies in Family Planning* 24, núm. 5 (septiembre/octubre de 1993).

Douthwaite, M. “Male Involvement in Family Planning and Reproductive Health in Pakistan: A Review of the Literature”. *Research Report núm.7*. Population Council, Islamabad, Pakistan, marzo de 1998.

Drennan, M., et ál. “New Perspectives on Men’s Participation”. *Population Reports* (Johns Hopkins University School of Public Health), serie J, núm. 46, octubre de 1998.

Egero, Bertil. “Considerations on Male Involvement”. Presentation at UNFPA Gender Advisory Panel, New York, 23–25 de marzo de 2000.

Erulkar, A. S., y B. S. Mensch. “Gender Differences in Dating Experiences and Sexual Behaviour among Adolescents in Kenya”. Trabajo presentado a la 23ª Conferencia sobre población de la Unión internacional para el estudio científico de la población, Beijing, 11–17 de octubre de 1997.

Ezeh, Alex, et ál. “Men’s Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences”. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, núm. 18. Calverton, Maryland: Macro International Inc., 1996.

Family Health International. “Responsabilidad respecto a la salud de la reproducción”. *Network* 18, núm. 3 (primavera de 1998). www.fhi.org/sp/fp/fppubs/network.

———. “Razones por las que confiamos en los condones”. Adapted from “The Latex Condom: Recent Advances, Future Directions”. *Network* 18, núm. 3 (1998). Revisado el 8 de octubre de 1999. www.fhi.org/sp/fp/fppubs/network/.

Fapohunda, Bolaji M., y Naomi Rutenberg. “Expanding Men’s Participation in Reproductive Health in Kenya”. Nairobi: African Population Policy Research Centre, 1999.

Fathalla, M. “Reproductive Health: A Global Overview”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 28 de junio de 1991.

Fawcus, Susan, et ál. “A Community-Based Investigation of Avoidable Factors in Maternal Mortality in Zimbabwe”. *Studies in Family Planning* 27, núm. 6 (1996): 319.

Figuroa, Juan Guillermo. “Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process”. Basado sobre presentaciones hechas en el Seminario de estudios sobre masculinidad, University Programme of Gender Studies, Autonomous National University of Mexico (Figuroa y Liendro), 1994; y en el Seminario sobre la fertilidad y el ciclo vital de los hombres en la época de la disminución de la fertilidad, IUSSP, Zacatecas, México, 1995.

FNUAP. “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Africa”. *Workshop Proceedings*, Addis Ababa, Etiopía, 25–30 de enero de 1997.

———. “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Arab States”. *Workshop Proceedings*, Rabat, Marruecos, 24–28 de noviembre de 1997.

———. “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health: Asia and the Pacific”. *Workshop Proceedings*, New Delhi, India, 22–26 de noviembre de 1997.

———. “Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Latin America and the Caribbean. Lima”. *Workshop Proceedings*, Lima, Perú, 3–7 de noviembre de 1997.

———. “Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle”. *TSS Occasional Paper*, núm. 1, junio de 1998.

———. “The Sexual and Reproductive Health of Adolescents: A Review of UNFPA Assistance”. *Technical Report* núm. 43, 1998.

———. TSS Thematic Workshop on Male Involvement in Reproductive Health, noviembre de 1998. www.fao.org/sd/wpdirect/wpre0123.htm.

———. “Implementing the Reproductive Health Vision: Involving Men in Reproductive Health”. *Evaluation Findings*, issue 24 (julio de 1999): 5.

———. “Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change”. En *State of the World Population*, 2000.

———. “Ethics, Religion and Reproductive Health”. Mensaje de correo electrónico de Fatou Sarr Diop, enero de 2000.

———. “Legislative Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights: A Five-Year Review of the Cairo and Beijing Conferences in Latin America and the Caribbean”. 2000.

———. “Strengthening Reproductive Health Services for Adolescents in Latin America”. *Project Summary*, julio de 2000.

———. “Parents Handbook on Sexuality and Communication Skills”. Family Life Education Programme in Ghana, 2000. www.siecus.org.

FNUAP y ECO. “The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes”. *Conference Report* (Baku, Azerbaijan, 21–24 de septiembre de 1998), junio de 1999, p. 50.

FNUAP y PATH. “Sexual Health”. *Outlook* 16, núm. 4 (febrero de 1999): 7.

FNUAP/ Equipo de Apoyo Técnico (EAT) asia oriental y del sur oriente. “Report of the UNFPA Inter-country Workshop on Adolescent Reproductive Health for East and South East Asia and the Pacific Island Countries”. Pattaya, 27 de abril–3 de mayo de 2000.

FNUAP/EAT. *Report of a Sub-regional Workshop on Access and Quality of Reproductive Health Services*, vol. 1. Addis Ababa, Etiopia, 2–10 de octubre de 1997.

FNUAP y le Groupement des Associations Islamiques Nigériennes pour la Planification Familiale et la Promotion de la Femme en Islam (GAIPFI). *Islam, Population et Développement, Place de la Femme dans l’Islam, Islam et Santé de la Reproduction*, pp. 5, 19–27. Niamey, Niger, 1998.

Focus on Young Adults. “Using Peer Promoters in Reproductive Health Programs for Youth”. *Focus*, www.pathfind.org/focus.htm, diciembre de 1997.

———. “Reproductive Health Programs for Young Adults: Outreach Programs”. *Focus*, www.pathfind.org/focus.htm, agosto de 1998.

———. “Reaching Adolescents through Hotlines and Radio Call-in Programs”. *Focus*, www.pathfind.org/focus.htm, diciembre de 1999.

Foreman, Martin, ed. *Men and AIDS: Taking Risks or Taking Responsibility?* London: Panos Institute and Zed Books, 1999.

Foumbi, J., y R. Lubovitch. “Roles of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge about Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women”. UNICEF, 1 de diciembre de 1997.

Green, Cynthia. “Reaching Young Men with Reproductive Health Programs”. *Focus*, diciembre de 1998. www.pathfind.org/publications.htm.

Green, Cynthia, et ál. “Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health”. *Technical Report 28*. FNUAP, New York, 1995.

———. “Involving Men in Reproductive Health: Policy Implications for Developing Countries”. Trabajo presentado al American Public Health Association, New York, 1996.

Greene, Margaret E. “The Benefits of Involving Men in Reproductive Health”. Trabajo presentado al AWID y USAID, noviembre de 1999.

Greene, Margaret E., y Ann Biddlecom. “Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles”. *Population and Development Review* 26, núm. 1 (2000): 96.

Greene, Margaret E., y André Mayouya. “Conceptual Frameworks and Data”. Trabajo presentado al taller temático del TSS sobre la Participación masculina en programas y servicios de salud sexual y reproductiva, Roma, 9–13 de noviembre de 1998.

Gupta, Geeta Rao. “Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why and the How”. Discurso al plenario, 12^o Conferencia internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, julio de 2000.

Hawkes, Sarah. “Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh”. *Sexual Health Exchange* 3 (1998): 14.

———. “Why Include Men: Establishing Sexual Health Clinics in Rural Bangladesh”. *Health Policy and Planning* 13, núm. 2 (1998): 121–30.

Hayward, Ruth Finney. “Needed: A New Model of Masculinity to Stop Violence against Girls and Women”. Trabajo presentado al Simposio global de la OMS sobre la violencia y la salud, Kobe, Japón, 12–15 de octubre de 1999.

Hein, C., et ál. *Population Education and Services in Enterprises*. FNUAP/OIT (INT/92/P77), 1992.

Heisi, Lorie. “Violence, Sexuality and Women’s Lives”. In *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in the Postmodern World*, capítulo 7. New York: Routledge, 1995.

Heise, Lorie, Jacqueline Pitanguy, and Adrienne Germain. “Violence against Women: The Hidden Health Burden”. *World Bank Discussion Papers*, núm. 255, 1994.

Helzner, Judith. “Male Involvement in Reproductive Health”. *Planned Parenthood Challenges* (IPPF), p. 5, 1996.

Herd, G. “Sexual Cultures and Population Movement, Implications for AIDS/STDs”. In *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives*. Oxford: Clarendon Press, 1997.

Hirsch, Jennifer S., y Constance A. Nathanson. “Amor and Infidelidad: The STD/HIV Prevention Implications of Changing Ideas about Marriage and the Importance of Sexual Fidelity in Western Mexico”. Trabajo presentado al APHA, noviembre de 1999.

Hull, T.H. «Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?» (trabajo presentado en la reunion psychosocial en Nueva York, marzo de 1999).

International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996.

———. “Statement on Sexually Transmitted Disease and Reproductive Health”, 1997.

IPPF/Región del Hemisferio Occidental. “Men in Latin America: How they View Family Planning, Sexual Health, and Reproductive Health”. Informe de grupos focales, 1997.

———. “The Flip Side: Involving Men in Sexual and Reproductive Health”. *Forum* 14, núm. 2 (diciembre de 1998): 4–5.

———. “Youth-Friendly Services”. *Forum* 14, núm. 2 (diciembre de 1999): 8–9.

———. “What Is a Man?” *Forum* 14, núm.1 (enero de 1999): 15–16.

———. “Confronting Domestic Violence”. *Forum* 14, núm.1 (enero de 1999): 7–8.

———. *¡BASTA!* (primavera de 2000): 7.

———. “Working with Young Peruvians at the INPPARES ‘Future’ Youth Center”. *Reaching Out* (primavera de 2000).

International Research on Women. Discurso plenario, 12^o Conferencia internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, julio de 2000.

Isiugo-Abanihe, Uche C. “Reproductive Motivation and Family-Size Preferences among Nigerian Men”. *Studies in Family Planning* 25, núm. 3 (1994): 150–51.

Janneke, H. H. M., et ál. “Men’s Attitudes toward Vaginal Microbicides and Microbicide Trials in Zimbabwe”. *International Family Planning Perspectives* 25, núm. 1, 1999.

Johns Hopkins University Center for Communication Programmes. *Reaching Men Worldwide: Lessons Learned from Family Planning and Communication Projects, 1986–1996*. Working Paper Series, núm. 3, enero de 1997.

———. “Better Together: A Report on the African Regional Conference on Men’s Participation in Reproductive Health”, abril de 1997.

John Hopkins University School of Public Health. “Promoting Male Methods and Men’s Services”. *Population Reports*, series M, núm. 12, julio de 1994.

———. “New Perspectives on Men’s Participation”. *Population Reports*, series J, núm. 46, octubre de 1998.

———. “Closing the Condom Gap”. *Population Reports*, series H, núm. 9, abril de 1999.

———. “Search of the Month”, septiembre de 2000. www.jhuccp.org/info-to-go.

Johns Hopkins University/Population and Communication Services y la Académie pour le Développement de L’Education (AED/SARA). “Les Hommes: partenaires-clés de la santé de la reproduction”. Informe sobre la Primera conferencia de países francófonos sobre la participación masculina en la salud reproductiva, Ouagadougou, Burkina Faso, 30 de marzo–3 de abril de 1998.

Karra, M., et ál. “Male Involvement in Family Planning: A Case Study Spanning Five Generations of a South India Family”. *Studies in Family Planning* 28, núm. 1, marzo de 1997.

Kaufman, Michael. “The Construction of Masculinity and the Triad of Men’s Violence”. En *Beyond Patriarchy: Essays by Men on Pleasure, Power and Change*, editado por M. Kaufman. Toronto: Oxford University Press, 1985.

———. “Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres”. *Isis International*, Chile, 1997.

———. “Involving Men and Boys: A Necessary Step in Ending Violence against Women and Girls”. Trabajo presentado a la Conferencia nacional de Namibia sobre los hombres en contra de la violencia contra las mujeres, Windhoek, Namibia, 23–25 de febrero de 2000.

———. “The Seven P’s of Men’s Violence”. En el informe final y el documento principal, taller de UNICEF “Ending Gender Violence and Reaching Other Goals: What Do Men and Violence Have To Do with It?” New York, 23–24 de marzo de 2000.

———. “Conflict Resolution: Finding Better Ways to Help Boys and Girls Solve Problems”. Trabajo preparado para la Sección sobre género, alianzas y participación, División de programas, UNICEF, 31 de marzo de 2000.

———. “Positive Strategies with Boys to End Violence”. Trabajo preparado para la Sección sobre género, alianzas y participación, División de programas, UNICEF, marzo de 2000.

Khadijat, L. Mojidi. “Increasing Male Participation: Lessons from Mali, Kenya and Nigeria”. En *Grassroots to Global Networks: Improving Women’s Reproductive Health*. Trabajo presentado a la

Conferencia de ACCESS sobre lecciones aprendidas, CEDPA, Washington, DC, 18–19 de junio de 1998.

Kim, Y. M., y D. Awasum. “What Are the Particular Aspects of Counselling Male Family Planning Clients? A Case from Kenya”. Trabajo presentado al Taller sobre los hombres y la salud reproductiva de la Public Health Association, noviembre de 1996.

Kimmel, Michael. “Working towards Gender Equality: Where Are the Men?” Presentation made to Men and Gender Equality Working Group, UNDP, New York, 12 de agosto de 1999.

Kisekka, M. “Involving Men in Operationalizing Reproductive Health Programmes: Addressing Gender Based Issues”. Consultación regional de África del FNUAP, Addis Ababa, Etiopía, 25–30 de enero de 1997.

Ladjali, Malika. “Gender Quality of Care: Common Approaches for Common Goals”. OMS, Ginebra, 1998.

Laudari, Carlos. “Gender Equity in Reproductive and Sexual Health”. Trabajo presentado en Roma, FAO/OMS/FNUAP, noviembre de 1998.

Leach, F. “Gender Education and Training: An International Perspective”. *Gender and Development* 6, núm. 2 (1998): 9–18.

Leslie, J., et ál. “Female Nutritional Status across the Life-span in Sub-Saharan Africa: Prevalence Patterns”. *Food and Nutrition Bulletin* 18, núm. 1 (1997): 20–43.

Le Vine, S. «Mothers and Wives in Gusii» in *Women of East Africa*, Chicago & London: University of Chicago Press, 1979.

Lutaol, Thomas, et ál. ” Trends and Determinants of Contraceptive Use in Rakai District, Uganda, 1995–98”. *Studies in Family Planning* 31, núm. 3 (2000): 217–27.

Magnani, Robert J. “The Impact of the Family Planning Supply Environment on Contraceptive Intentions and Use in Morocco”. *Studies in Family Planning* 30, núm. 2 (1999): 120–32.

Maharaj, Pranitha. «Prevention on Unwanted Pregnancy and HIV Infections: Perspectives of Young Men and Women», School of Development, Durban (sin fecha).

Makhlouf, H. et F. Abdel Kader Ahmed, «Husband’s Rôle in Reproductive Health Survey», Cairo Demographic Center, Cairo (Egipto), 1996.

Marcham, Chritina, et ál. “Dual Protection: Reappraising the Condom as Contraception”. OMS, Departamento de salud reproductiva y investigación, octubre de 1999.

Mason, Karen O., et ál. “The Husband’s Role in Determining Whether Contraception Is Used: The Influence of Gender Context in Five Asian Countries”. Trabajo presentado al IUSSP, Buenos Aires, Argentina, 13–15 de mayo de 1998.

Matalama, M. I. “Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services”. *Reproductive Health Matters* 6, núm. 11 (1998): 11.

Mbizvo, M., y M. Bassett. “Reproductive Health and AIDS Prevention in Sub-Saharan Africa: The Case for Increased Male Participation”. *Health Policy and Planning* 11, núm. 1, 1996.

Mensch, Bruce S., y Margaret E. Greene. *The Uncharted Passage: Girl Adolescence in the Developing World*. Population Council, 1998.

Messersmith, Lisa J., et ál. “Who’s at Risk? Men’s STD Experience and Condom Use in Southwest Nigeria”. *Studies in Family Planning* 31, núm. 3 (2000): 203–16.

Mohiddin, A. “Partnership: A New Buzz-word or Realistic Relationship? *Africa and Partnership On-line* (Society for International Development) 41, núm. 4, 1998.
www.sidint.org/publications/development/vol41/no4/41-4b.htm.

Moore, Henrietta. *Identity: Personal and Socio-cultural*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1998.

Muhwava, W. et N. Matinhure, «Awareness and Perceptions of STD/HIV/AIDS and Spousal Communication: Opportunities for Behaviour Change» (à paraître, Projet 97908F apoyado por el OMS/HRP, Universidad de Zimbabwe, Centre for Population Studies, Harare).

Mundigo, Axel. “Determinants of Unsafe Induced Abortion in Developing Countries”. Trabajo presentado en la Reunión sobre prioridades y necesidades en el área del aborto no seguro, OMS, Ginebra, 28–29 de agosto de 2000.

Muñoz, Norori V., y J. Muñoz Lopez. “Conceptualizing Masculinity through a Gender-Based Approach”. *Sexual Health Exchange* 1998, núm. 2: 3–6.

Murray, Christopher J. L., y Alan D. Lopez, eds. *The Global Burden of Disease*. Global Burden of Disease Series, vol. 1. Boston: Harvard University Press, 1996.

Muzskat, Malvina, et ál. “When Three Is Better Than Two”. OMS/HRP, Universidade Estadual de Campinas–Núcleo de Estudos de População, enero de 2000.

Naciones Unidas. “Report of the International Conference on Population and Development”. Cairo, 5–13 de septiembre de 1994. A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994.

———. “Report of the Fourth World Conference on Women”. Beijing, 4–15 de septiembre de 1995. A/CONF.177/20, 17 de octubre de 1995.

———. “Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD”. A/S-21/5/Add.1, 1 de julio de 1999.

———. “Preliminary Analysis of the Beijing+5 Outcome Document”. División de mujeres. www.un.org/Womenwatch/daw/followup/analysis.htm.

Nash, Herndon. “Men Influence Contraceptive Use” *Network* (Family Health International) 18, núm. 3, 1998.

Ncube, J. “Sex the Shocking Truth”. *Drum* (Durban, South Africa), 13 de julio de 2000.

Ndong, Isaiah, et ál. “Men’s Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services”. *International Family Planning Perspectives* 25, sup. (1999): 53.

Neaz, A. “Converting Bangladesh’s Influential Religious Leaders”. *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996.

Nelson, K. E. et al., «Changes in Sexual Behaviour and a Decline in HIV Infection among Young Men in Thailand», *New England Journal of Medicine* 335, No. 5 (1996), p. 297-303.

Ngom, Pierre. “Men’s Unmet Need for Family Planning: Implications for African Fertility Transitions”. *Studies in Family Planning* 28, núm. 3 (1997): 192–202.

Nnko, S. E. A. “Risk Behaviours of Male Adolescents in Tanzania: Motives and Patterns of Their Sexual Relationship”. Trabajo presentado a la Reunión africana de la OMS/UNAIDS en Pretoria, Sudáfrica, 27–29 de septiembre de 2000.

Noel-De Bique, D. “The Caribbean: NGO Partnerships for Advancing Male Responsibility in Implementing the Goals of the ICPD”. En *HERA: Health, Empowerment, Rights & Accountability, Confounding the Critics: Cairo, Five Years On*. Memorias de la conferencia, Morelos, México, 15–18 de noviembre de 1998.

Nzioka, Charles. “Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraceptive Use in Kenya”. Un informe emiso al Componente estratégico sobre la investigación social científica sobre la salud reproductiva, Programa especial de investigación, Capacitación en desarrollo e investigación en la reproducción humana, OMS, junio de 2000.

———. «Obstacles in Managing the Dual Risks of Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections Among Young Men in Kenya». Trabajo presentado en la reunion regional de la OMS/ONUSIDA para Africa, en Pretoria (Africa del sur), 27-29 septiembre de 2000.

O’Brien, Jon. “Men and Family Planning: So, What Did They Talk About?” *Reproductive Health Matters*, núm. 3 (1994): 101.

OIT. “Lessons Learned from UNFPA/ILO Programmes about Reaching Men”, p. 5, sin fecha.

OMS. “Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health Used in the Regional Office for Europe”. Marzo de 1999.

———. “Management and Care of Women Victims of Violence”. Taller de sensibilización, Kigali, Rwanda, 11–14 de febrero de 1997. WHO/HSC/PV1/99.8, 1999.

OMS/HRP. “Men in Nepal Ignoring Risks from Unprotected Casual Sex”. *Social Science Research Policy Briefs*, series 1, núm. 2, octubre de 1999.

———. “Improved Services and Counselling Reduce Risk-Taking Behaviour and Increase Condom Use in Shanghai, China”. *Social Science Research Policy Briefs*, series 1, núm. 3, junio de 2000.

OMS/ONUSIDA/FNUAP. “Joint WHO/UNAIDS/UNFPA Policy Statement: “Dual Protection against Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections, including HIV”, 1999.

ONUSIDA. “AIDS and men who have sex with men”, AIDS Technical Update, UNAIDS Best Practices Collection, 2000.

———. “AIDS and the military”, UNAIDS Point of view, Best Practices Collection, 1998.

———. “Communication Framework for HIV/AIDS: A New Direction”. United Nations Programme on HIV/AIDS y Pennsylvania State University, 1999.

———. “Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update”, 1997.

———. “Prisons and AIDS”, UNAIDS Point of View, Best Practices Collection, 1997.

———. “Report of a Workshop on Planning for Gender and AIDS Mainstreaming”. Ginebra, 14–17 de junio de 1999.

———. Campaña mundial contra el SIDA, 2000. www.UNAIDS/World.

Osama, S. “Addressing the Gender Dimension Involving Men with Special Reference to Sudan”. En “Operationalizing Reproductive Health Programmes: Report of Workshop”, pp. 20–21. FNUAP, Consulta regional de los estados árabes, Rabat, Marruecos, 24–28 de noviembre de 1997.

PATH. “Involving Men in Reproductive Health”. *Outlook* 14, núm. 3 (1997): 1.

Pathfinder. “Promoting Reproductive Health for Young Adults through Social Marketing and Mass Media: A Review of Trends and Practices”, pp. 2–6. Focus on Young Adults, Research Series, 16 de julio de 1997.

Petchesky, Rosalind P. “Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping and International Practice”. Trabajo presentado a la Conferencia sobre reconcebir la sexualidad, Rio de Janeiro, 14 de abril de 1996.

———. “Conceptual Framework for IRRAG Research on Men”. International Reproductive Rights Research Action Group. Phase II Study on Men’s Sexuality, Rights and Personhood, abril de 1999.

Pfannenschmidt, S., et ál. “Through a Gender Lens”. Washington, DC: Agencia para el desarrollo internacional de los Estados Unidos, octubre de 1997.

Population Council. “Male Community-Based Development Agents Effective at Reaching Men with Family Planning Message”. *African Alternatives* 2, núm. 1 (agosto de 1995): 6.

———. “Male Involvement in Family Planning: A Challenge for the National Programme Workshop”. *Frontiers in Reproductive Health*, Biblioteca electrónica 1990–1999, junio de 1996.

———. “Case Studies from India Examine the Status of Men as Supportive Partners in Reproductive Health”. News Release (estudios de casos del proyecto “Halting AIDS on the Highway”, Atanu Majumdar, Bhoruka Public Welfare Trust, Calcutta, India), 8 de agosto de 2000. www.popcouncil.org/news%5Fviews/menaspartnersrls.htm.

———. “Integrating Men into the Reproductive Health Equation: Acceptability and Feasibility in Kenya”. The Robert H. Ebert Program on Critical Issues in Reproductive Health, 2000.

———. “Male Circumcision and HIV/AIDS: Directions for Future Research”. *Reproductive Health and Family Planning*, Horizons, junio de 2000.

———. “Meeting Women’s Health Care Needs after Abortion”. *Frontiers in Reproductive Health Brief*, núm.1, agosto de 2000.

———. *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, editado por Raju Saraswati y Ann Leonard. Oficina regional de Asia del Sur y del Este, 2000.

———. “Perception of Male Members about Reproductive Health Matters: Preliminary Evidence from a Tribal Area of Gujarat”. En *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, editado por Raju Saraswati y Ann Leonard. Oficina regional de Asia del Sur y del Este, 2000.

———. Seminar on Male Involvement in Reproductive Health: Summary of Research Findings and Future Directions, Alexandria, Egipto, Population Council Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, 4–5 de mayo de 1998.

———. “The Tostan Story: Breakthrough in Senegal Ending Female Genital Cutting”. *Frontiers in Reproductive Health*, julio de 2000. www.popcouncil.org/rhfp/tostan.html.

Population Council/Inopal III. “Introduction of Multimedia as an Information Tool for Sexual and Reproductive Health Education”. *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library 1990–1999. Lima, Perú, 29 de octubre de 1998.

Pulerwitz, J. “Involving Men in HIV/AIDS and Reproductive Health Programmes”. Presentación sobre los descubrimientos del proyecto Horizons a la reunión MotherCare sobre Comportamientos claves en la salud y sobrevivencia materna, Washington, DC, mayo de 2000.

Ransom, Elizabeth. “Men’s Roles in Women’s Health and Safer Motherhood”. Trabajo presentado al Population Association of America, 2000.

Reproductive Health Outlook. septiembre de 2000. www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

Reyes, H. (I)relevance of Condoms in Prisons”. Trabajo presentado a la Conferencia de Servicios de Salud Correccionales, Australia, noviembre de 1997. www.icrc.org.

Ringheim, Karin. “Male Involvement and Contraceptive Methods for Men, Present and Future”. Trabajo presentado al American Public Health Association, noviembre de 1996.

———. “Reversing the Downward Trend in Men’s Share of Contraceptive Use”. *Reproductive Health Matters*, 1999.

Rix, D. “Male Sexual Education in a Danish Perspective”. *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996.

Robey, B., y M. Drennan. “Male Participation in Reproductive Health”. *Network* 18, núm. 3, 1998.

Rogow, D., y S. Horowitz. “Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research”. *Studies in Family Planning* 26, núm. 3 (1995): 140.

Rosenzweig, R., et ál. ” Male Involvement, Couple-Friendly Care, Relationship Awareness, and Gender Partnership in Reproductive Health”. Trabajo presentado al American Public Health Association, noviembre de 1996.

Ross, John A., y Elizabeth Frankenberg. “Findings from Two Decades of Family Planning Research”. Population Council, New York, 1993.

Roudi, F., y L. Ashford. *Men and Family Planning in Africa*. Washington: Population Reference Bureau, 1996.

Sadik, Nafis. “Human Rights and Global Needs: Ethical Considerations in Population Policies”. Declaración hecha en el Simposio CORDAID, Holanda, enero de 1998.

Sathar, Zeba A., y John B. Casterline. “The Onset of Fertility Transition in Pakistan”. Working paper núm. 112, Population Council, New York, 1998.

Senderowitz, J. “A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health” (borrador). USAID/G/PHN, 2000.

Severo, C., et ál. “Factories, Port Authorities and Vineyards: Why Do They Care? Enterprise-Based Distribution of Family Planning Services in Madagascar: Results of the First 18 Months”. Trabajo presentado al American Public Health Association, 1997.

Shepard, Bonnie. “Masculinity and the Male Role in Sexual Health”. *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996.

Sherris, J. D. “Contraceptive Social Marketing: Lessons from Experience”. *Population Reports* J-30, JHU/SPH/PIP, julio/agosto de 1995.

Silberschmidt, Margarethe. “Rethinking Gender Relations: An Investigation of Men, Their Changing Roles within the Household and the Implications for Gender Relations in

Kissii District, West Kenya”. En *CDR Research Report núm. 16*. Copenhagen: Centre for Development Research, 1991.

Singhal, A., y E. Rogers. *Entertainment Education: A Communication Strategy for Social Change*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.

Social Marketing for Adolescent Sexual Health (SMASH). “Results of Operation Research in Botswana, Cameroon, Guinea, South Africa”. Measure Communication Reports, junio de 2000,
www.Measurecommunication.org/factsheets/smash/program_lessons.htm.

Soto J. C. et A. F. Alvarado, «Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes Indígenas de las Principales Etnias de México», IMSS-Solidaridad, 2000, México.

Steele, C., et ál. “The Language of Male Involvement: What Do You Mean by That?” *Populi*, noviembre de 1996.

Stölen, Kristiane. “Gender Sexuality and Violence in Ecuador”. Trabajo presentado al Simposio nórdico sobre el género y el cambio social en el tercer mundo, Ganavolden, Noruega, 1990.

Swedish International Development Agency. “Men’s Voices, Men’s Choices”. Informe del seminario, Lusaka, Zambia, 1999.

Tawab, N. A., et ál. “Effects of Husband Involvement on Post-abortion Patients’ Recovery and Use of Contraception in Egypt”. Population Council Operations Research/Technical Assistance Project y Egyptian Fertility Care Society, 1997.

Thuo, Margaret. “Male Involvement and Participation in Reproductive Health in Uganda: Summary of the Research Findings”. UNFPA Country Support Team Addis Ababa, 1999.

Tolbert, K., et ál. “Improving Reproductive Health of Couples: Men, the Ignored Partners”. *Frontiers in Reproductive Health*, Biblioteca electrónica 1990-1999, Population Council, 1998.

Toro, H., et ál. “Male Involvement: Regional Specificities”. Trabajo presentado al taller temático del TSS sobre la Participación masculina en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, Roma, 9–13 de noviembre de 1998.

Touré, Lalla. “Male Involvement in Family Planning: A Review of the Literature and Selected Programme Initiatives in Africa”. USAID/HHRA, noviembre de 1996.
www.usaid.gov/regions/afr/hhrra/male.

Tweedie, Ian. “Walking the Stereotype Tightrope: Lessons Learned from Communication Approaches to Men’s Participation in Zimbabwe”. Informe de la reunión sobre Cambiar estrategias de comunicación para la salud y los derechos reproductivos. The Health and Development Policy Project, Population Council, Washington, DC, 10–11 de diciembre de 1997.

UNICEF. “Men in Families”. 1995.

———. “What is the Life Skills Approach?” “Teachers Talking”, septiembre de 2000.
www.unicef.org/teachers/teacher/lifeskil.htm.

Upadhyay, U. D. et Robey, B. «Why Family Planning Matters», *Population Reports*, series J, No. 49, Baltimore (Maryland), Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, 1999.

Valdés, T., y J. Olavarría. “Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo”. En *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, editado por T. Valdés y J. Olavarría. FLACSO, FNUAP, Santiago, 1998.

Van Dam, J., y M. C. Anastasi. “Male Circumcision and HIV/AIDS: Directions for Future Research”, Informe de una reunión, Washington, DC, Populations Council, junio de 2000.

Varga, C. A. “The Forgotten Fifty Percent: A Review of Sexual and Reproductive Health Literature on Boys and Young Men in Sub-Saharan Africa”. Trabajo presentado a la Reunión regional de la OMS de África, Sudáfrica, 27–29 de septiembre de 2000.

Villareal, M. “Construction of masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health”. Trabajo presentado al taller temática del TSS sobre la Participación masculina en los servicios y programas de salud sexual y reproductiva. FNUAP, Roma, 9–13 de noviembre de 1998.

Wall, Lewis L. “Dead Mothers and Injured Wives: The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality among the Hausa of Northern Nigeria”. *Studies in Family Planning* 29, núm. 4 (1998): 341.

Wegner, M. N., et ál. “Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action”. *International Family Planning Perspectives* 24, núm. 1, marzo de 1998.

Wilkinson, David John, et ál. “Using the Newspaper to Disseminate Vasectomy Information in Kenya”. *Knowledge into Action: A Guide to Research Utilization* 14, núm. 2 (1993–94): 165.

Wolf, B., et ál. “The Role of Couple Negotiation in Unmet Need for Contraception and the Decision to Stop Childbearing in Uganda”. *Studies in Family Planning* 31, núm. 2 (2000): 124–37.

Wouters, A. Informe de viaje a Zambia. FNUAP CST, Harare, Zimbabwe, 15 de enero de 1999.

Yinger, Nancy. “Unmet Need for Family Planning: Reflecting Women’s Perceptions”. En *Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence Policy and Programme Implications*. FNUAP, New York, 1998.

Yinger, Nancy, y Elaine Murphy. “Illustrative Indicators for Programming in Men and Reproductive Health”. Borrador presentado a la reunión plenaria del Grupo de trabajo entre organizaciones sobre el género, 6 de octubre de 1999.