

Atención a las necesidades de salud de los hombres' en la Consulta de Planificación Familiar

Díaz Bernal, Zoe¹

Martínez Boloña, Yoanna²

¹ Escuela Nacional de Salud Pública/Ciencias Sociales, La Habana, Cuba, zoe@ensap.sld.cu

² Escuela Nacional de Salud Pública /Dirección en Salud, La Habana, Cuba, yoanna@ensap.sld.cu

Resumen: **Introducción:** La Consulta de Planificación Familiar (CPF) es un espacio creado para orientar y facilitar el proceso de toma de decisiones que una pareja hace respecto al tipo de familia que desea conformar y al proyecto de vida familiar que planean construir. La prestación del servicio ha sido descrita en la literatura científica como poco inclusiva para los hombres, a pesar de la influencia que ellos ejercen en la salud de sus parejas sexuales y en su propia salud sexual. **Objetivo:** determinar a través de las percepciones de los/las prestadores/as de un servicio de planificación familiar si la atención que brindan satisface las necesidades de los hombres. **Método:** La investigación consistió en un estudio de carácter descriptivo de corte transversal, realizado en el Policlínico Docente “Antonio Maceo”. Se aplicaron dos técnicas: entrevista en profundidad y observación. **Resultados:** la praxis de las prestadoras es poco inclusiva de las necesidades de atención masculina, esto no puede interpretarse como una falta de intención de esas profesionales al respecto, sino como expresión y reforzamiento de un hacer basado más en la experiencia social, con base cultural, que en los enfoques científicos y socioculturales más contemporáneos, sobre equidad de género y su determinación en la salud. **Conclusiones:** El servicio brindado por el personal de salud de la Consulta de Planificación Familiar no satisface las necesidades de atención relativas a su salud sexual y reproductiva de los hombres, sino a la atención de las identificadas por y para mujeres.

Palabras clave: planificación familiar, hombres, necesidades de atención.

I. INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) de los hombres es una temática que se ha abordado en las últimas décadas. En el ámbito de las ciencias, la producción científica en esa materia resulta insuficiente mientras que en la práctica cotidiana aún se pasa por alto el papel influyente que los hombres desempeñan en la SSR de sus familias y parejas sexuales. (1)

En este sentido, la literatura científica producida sobre el tema ha sido determinante al analizar el impacto que origina la cultura falocéntrica (idealización del miembro masculino como un ícono de poder y superioridad, esas características están asociadas a su carga simbólica) en la construcción de la identidad masculina latinoamericana. (2)

La relación entre el hombre y su pene va más allá de meras cuestiones sexuales o biológicas. La genitalización de la sexualidad masculina fija comportamientos que hacen de la actividad sexual, el medio necesario para demostrar la asunción del modelo hegemónico de la masculinidad como identidad adoptada. (3)

Cuestiones como la virilidad, la potencia sexual, o el tamaño de los genitales se consideran características propias de lo masculino y al mismo tiempo otorgan poder en las relaciones de pareja, de ahí la importancia que las percepciones masculinas sean consideradas para el diseño de los servicios de SSR; pues es precisamente el varón un componente central en el proceso de toma de decisiones en las relaciones sexuales, lo que está muy interrelacionado con la adopción de métodos anticonceptivos y con la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH. (4) (5)

Esta tendencia a estudiar la sexualidad masculina como forma de identificación, condujo al interés científico hacia temas como la fecundidad, planificación familiar y paternidad, tratados desde la perspectiva de género. (6)

La Consulta de Planificación Familiar (CPF), es un espacio que tiene como objetivo lograr una actuación consciente y responsable de la pareja al momento de decidir el número de hijos que se desea tener; además de propiciar la salud materna infantil y la paternidad comprometida. En general, brinda la orientación oportuna y necesaria para la conformación responsable de la unidad básica de toda la estructura social. (1)

Son disímiles los beneficios de ese servicio, aunque estudios interesados por el tema género, evidencian una marcada tendencia hacia la participación casi exclusiva de las mujeres, aun cuando se reconoce la importancia de la participación de los hombres en la planificación familiar (PF) y en la disminución del riesgo reproductivo. (1)

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

Los estudios también han hecho énfasis en la escasez de servicios y programas orientados a las expectativas de los hombres, a la baja participación de los ellos en los mismos, la poca capacitación como usuarios, y a la carencia de personal idóneo para brindar servicios con sensibilidad de género. También han estado encaminados a describir los servicios existentes en busca de posibles inequidades y exponer los factores causantes de las mismas; generalmente desde la perspectiva del prestador de servicio y no de sus usuarios. (8)

La inclusión de los hombres en los procesos de planificación familiar podría partir desde la transformación de la propia dinámica de la consulta. Las y los prestadores de salud, como sujetos sociales al fin, también están permeados de las mismas construcciones y representaciones sociales sobre la sexualidad, reproducción, masculinidad, feminidad que las personas que asisten a los espacios donde brindan sus servicios. Indagar sobre las opiniones, criterios de las o los prestadores de salud sobre la atención que brindan a los hombres, representaría un paso de avance hacia el aumento de la participación consiente de los hombres en la PF.

Identificar cómo los comportamientos, conductas, posiciones o factores asumidos y presentes durante el proceso de atención, limitan y direccionan la prestación de los servicios hacia la garantía de la salud de las mujeres podría partir de trabajos como el que se presenta. El presente artículo tiene como objetivo del mismo es determinar a través de las percepciones de los/las prestadores/as del servicio de planificación familiar si la atención que brindan satisface las necesidades de los hombres es el objetivo del presente artículo. Material y método

Investigación de carácter descriptivo de corte transversal, realizado en el municipio Cerro, ubicado en la provincia La Habana. Se seleccionó el Policlínico Docente “Antonio Maceo” ubicado en el Consejo Popular Antonio Maceo pues entre los servicios que brinda se encuentra la Consulta de Planificación Familiar. La muestra se eligió a partir de un muestreo no probabilístico “intencional por criterios” de tipo exhaustivo.

El grupo estudiado lo conformaron profesionales de la salud vinculados a los servicios de planificación familiar del policlínico Antonio Maceo

Se emplearon dos técnicas para recabar los datos: entrevista en profundidad semi-estructurada y observación. La aplicación en conjunto de estas técnicas facilitó la detección de la congruencia o discrepancia entre los discursos, las percepciones y los comportamientos. Permitió evidenciar las diferencias entre aquello que se dice y lo que realmente se hace.

La observación se realizó como complemento a la entrevista aplicada y se aplicó al espacio habilitado para desarrollar la CPF, justamente en el momento en el que se realiza la entrevista. El instrumento que guio la observación fue estructurado.

II. RESULTADOS

Al iniciar la conversación, las prestadoras del servicio estudiado, no hicieron alusión al tema hombre, ni siquiera hablaron de los beneficios de la consulta a la pareja conformada por mujer y hombre. Sus definiciones y opiniones sobre el servicio que brindan, lo describen como un mecanismo para el control de la fecundidad y útil para lograr embarazos saludables en mujeres con riesgo reproductivo presente o no.

La poca comprensión de las prestadoras, sobre los temas que atañen a las masculinidades o sobre género en general, podría estar incidiendo en la calidad de un servicio dirigido para hombres y mujeres y limita la garantizar la equidad, pues desde la concepción del objetivo de la atención que se presta se pretende satisfacer las necesidades de atención de las mujeres y permanecen ausentes las de los hombres.

Los y las profesionales de la salud en Cuba están dotados de conocimientos y mecanismos para enfrentar y darle solución a los problemas de salud de las poblaciones desde un enfoque bio-psico-social. (8) Esta aseveración apunta a que la preparación formal que han recibido estas profesionales, permite

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

Población beneficiaria

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

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

Independientemente que en objetivo de la consulta se declare a la pareja como beneficiaria, las definiciones del servicio brindadas por las prestadoras entrevistadas reduce el encargo de la consulta a la atención de la mujer. La dificultad de las profesionales para referirse, explicar o ejemplificar con acciones, la atención a los hombres como parte de la población diana del servicio puede deberse, a la naturalización de los constructos que guían la atención a determinados fenómenos, anclados en las representaciones socioculturales y en la cultura médica (entendida como representaciones socioculturales en salud que expresan a la par de lo normado o científicamente demostrado). (9)

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

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

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

Participación de los hombres y acciones para su fortalecimiento

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

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

Las prestadoras del servicio no identifican entre posibles explicaciones para la conducta de los hombres, la influencia de patrones impuestos por la cultura patriarcal. A pesar de lo planteado, opinan que los hombres consideran más importante su trabajo y no la responsabilidad de asistir a la consulta de PF, pero no identifican esa conducta como resultante de esa división social de funciones. (10) La importancia del trabajo como fuente para obtener los recursos con que sostener la familia es un constructo lógico no solo para hombres sino también para las mujeres, aunque de acuerdo a los roles de género esto tenga una connotación singular para ellos.

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

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

La división del trabajo por sexo es reconocida en la literatura científica, como el eje de las diferencias sociales entre las mujeres y los hombres. Las actividades remuneradas son descritas como realizadas predominantemente por los hombres, mientras las actividades domésticas y de cuidado de los miembros de la familia dentro del hogar son desempeñadas, sin remuneración, primariamente por las mujeres. Las mujeres, producto de transformaciones sociales y la evolución del pensamiento de las personas, están ingresando crecientemente al mercado de trabajo remunerado, aunque las responsabilidades domésticas y familiares continúan recayendo básicamente bajo su dominio. (11)

Independientemente de lo infrecuente que resulta la asistencia masculina a la consulta, las entrevistadas comentaron sobre la asistencia de algunos hombres durante el año 2014, pero los datos que prueban su presencia no están disponibles en los documentos oficiales del servicio. Las hojas de cargo solo contienen información de las mujeres, una vez más la omisión deviene en invisibilización.

Necesidades masculinas identificadas

Las mujeres y los hombres comparten un conjunto de necesidades comunes a ambos sexos, pero también, tienen necesidades específicas que se derivan de las características biológicas propias de cada sexo, de los distintos roles que desempeñan socialmente, y de la posición diferencial de poder que ocupan dentro de la familia y la sociedad. (12)

En relación a las necesidades de atención en SSR, las mujeres tienen necesidades específicas que han sido históricamente desatendidas por las sociedades, y que esta desatención es tanto una causa como un resultado de formas específicas de discriminación dirigidas contra ellas. Tal énfasis en las mujeres no debe desconocer, el papel imprescindible que juegan los hombres en la transformación de las relaciones de género. (11)

La identificación y satisfacción de las necesidades de atención de los hombres fue también una problemática abordada en la conversación efectuada. Se descubrió que las entrevistadas, entendían como satisfacción de las necesidades, fundamentalmente la orientación efectiva sobre métodos anticonceptivos (a las mujeres).

Durante la entrevista se pudo percibir la dificultad del personal médico para responder preguntas relativas a la atención de los hombres y continuaron reafirmando que la escasa asistencia se debe precisamente al déficit de educación en sexualidad de los hombres.

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

Como se menciona en la introducción, la bibliografía sobre la relación SSR y hombres resulta escasa, situación que repercute directamente en la insuficiencia de acciones concretas para la inclusión de los hombres a esos procesos. Los resultados obtenidos en la presente investigación reflejan coincidencias con otros estudios realizados. Las percepciones de las prestadoras estudiadas son resultantes de su representación de la masculinidad basada en el modelo hegemónico, es decir, están vinculadas con la manera en que ellas entienden la identidad masculina con respecto a conceptos como sexo, sexualidad, anticoncepción y planificación familiar, independientemente de su formación como profesionales de la salud. (7)

Interpretar estas normas sociales como naturales aleja a prestadores y prestadoras de la posibilidad de brindar servicios verdaderamente equitativos. La reproducción de patrones patriarcales mezclado con la imposibilidad de detectarlos en la cotidianidad limita el acceso de los hombres a los servicios y por ende, resta calidad a la atención pues no se logra brindar a toda persona sin distinción y por demás no completa el enfoque a la pareja. (10)

Queda camino por recorrer, los hombres y las mujeres no son individuos similares, por tanto esas diferencias biológicas, sexuales, culturales y sociales tienen implicaciones respecto a cómo y cuáles son sus problemas de salud; por tanto, también en cuanto a sus necesidades de intervención sanitaria y social. (2)

III. CONCLUSIONES

El servicio brindado por el personal de salud de la Consulta de Planificación Familiar no satisface las necesidades de atención relativas a su salud sexual y reproductiva de los hombres, sino a la atención de las identificadas por y para mujeres.

La atención brindada en la Consulta de Planificación Familiar no responde al encargo social para el cual está diseñada, la atención a las mujeres, vista desde la praxis de las prestadoras hasta el diseño del espacio físico del servicio, no responde a garantizar la satisfacción de las necesidades de atención de hombres y mujeres por igual.

REFERENCIAS

1. CENTRO DE PRENSA. Planificación familiar. Nota descriptiva [internet] 2013 [citado octubre 2016]; (351) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
2. GONZÁLEZ JC. Masculinidades, generando el debate. En: Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. Editorial de la mujer. La Habana, 2010.
3. Rivero Pino. R. Masculinidades y paternidades en Cuba. Editorial CENESEX. La Habana, 2015.
4. Torres W. Comportamiento sexual y reproductivo en hombres. Un estudio comparativo a partir de territorio de residencia. En: Género salud y sexualidad. Cedem, 2013.
5. Güezmes A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. Editorial OPS/PALTEX. Washington, D.C, 2004.
6. Mendoza D. Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros. [Internet] 2006 [citado noviembre 2014] Disponible en: http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2006/sdm06_04.pdf
7. Rodríguez V., Castañeda I.E, Rodríguez A., Díaz Z, Lozano A. Necesidad del abordaje de los estudios de la salud sexual y reproductiva en el hombre. Revista Cubana de Salud Pública 39(1); 2013. Pp 65-69
8. HERRERA G., RODRÍGUEZ L. Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. En: Masculinidades en Ecuador. Editorial Flacso/UNFPA.
9. VELA J. Modificaciones de las asignaturas de Salud Publica en el plan de estudio perfeccionado de la carrera de medicina. 1985-2010. Trabajo para optar por el título de máster en educación médica. La Habana, 2011
8. DIAZ Z. Representaciones socioculturales de la infertilidad y su atención en los servicios de salud. Tesis para optar grado doctor en ciencias, 2012
9. TÁJER D. Género y Salud. Las políticas en acción. Editorial Lugar. Argentina, 2012.
10. GÓMEZ E. Análisis de género: Bases conceptuales y metodológicas. OPS. WDC. [Internet] 2011 [citado noviembre 2014] Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26259/mod_folder/content/0/Lectura_basica_M3.El_sa_G.pdf?forcedownload=1
11. OPS/OMS. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. [Internet] 2008 [citado noviembre 2013]; Disponible en: <http://publications.paho.org/product.php?productid=946>