

**Parte III.J**  
**La Participación  
del Hombre en los  
Programas  
de Salud  
Reproductiva**

- El número de consultas en los servicios orientados a los hombres, por el tipo de servicio
- El porcentaje de hombres (esposos) que apoyan las prácticas de salud reproductiva de su pareja
- El porcentaje del uso de métodos anticonceptivos que requieren la cooperación del hombre
- El porcentaje de los hombres y de las mujeres que hablan sobre aspectos de salud reproductiva con su cónyuge o pareja sexual

## LA PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

Los programas de salud reproductiva tradicionalmente han centrado su atención en la mujer. Sin embargo, desde la Conferencia CIPD de 1994, los programas prestan cada vez mayor atención a la participación del hombre en los servicios de salud reproductiva. El Plan de Acción de El Cairo destacó la necesidad de “promover la igualdad de género en todos los aspectos de la vida cotidiana...y alentar y permitir al hombre asumir responsabilidad por su comportamiento sexual y reproductivo y por el papel que tiene en la familia y en la sociedad” (Naciones Unidas, 1994). En el transcurso de los últimos años, los programas de planificación familiar y otros programas de salud reproductiva han hecho mayores esfuerzos por involucrar a los hombres en sus programas, porque reconocen que ellos tienen una influencia importante en la salud de las mujeres y de los niños, así como necesidades de atención de salud propias y específicas. Muchas de las personas que propugnan por la participación del hombre en los programas de salud reproductiva consideran que, al hacerlos participar, puede llevar a una mayor equidad de género. El género se suele malinterpretar como sinónimo de temas de mujeres, pero *género* se refiere a los papeles socioculturales que se les dan tanto a las mujeres como de los hombres.

Los hombres, al igual que las mujeres, enfrentan barreras en función de género en lo que respecta a salud reproductiva. Los programas con sensibilidad de género reconocen que las inequidades de género entre las mujeres y los hombres tienen una influencia muy grande en la salud sexual de ambos. Los programas que buscan mejorar la condición de la mujer también deben reconocer que el hombre influye en la condición de salud de la mujer.

Las normas en función del género, que actúan como barreras para la participación de la mujer en los programas de salud reproductiva, también actúan como barreras para el hombre. Al hombre frecuentemente se

le describe como el cliente olvidado, particularmente en los servicios de planificación familiar, y el también enfrenta barreras para su participación, tanto de índole sociocultural como institucional.

Es probable que las definiciones socioculturales de la *masculinidad* dificulten la búsqueda de información o servicios de salud reproductiva por parte del hombre. Los hombres que desean limitar el tamaño de su familia suelen enfrentar normas en función de género que equiparan el número de hijos con la virilidad y que, por lo tanto, lo desaniman a usar servicios de salud reproductiva de cualquier tipo. Algunas sociedades alientan al hombre a tomar riesgos sexuales, tales como frecuentar a las trabajadoras del sexo. Algunas personas han sugerido que el comportamiento de riesgo también abarca tener relaciones sexuales sin usar condones (Foreman, 1999). Algunas culturas equiparan la masculinidad con el ejercicio de poder sobre la mujer. El temor del hombre a perder el poder (que suele aumentar cuando la mujer adquiere el liderazgo en las decisiones sobre la planificación familiar) puede llevar a la violencia de género.<sup>1</sup>

Los hombres que quieren utilizar los servicios disponibles también enfrentan barreras de género. La participación del hombre en el sistema de salud suele terminar en la puerta de la clínica. Cuando el hombre acompaña a su cónyuge a un establecimiento, probablemente encuentra que no hay programas que los alienten o les permitan participar. A los hombres les preocupa prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, suelen ignorar dónde hay tratamiento disponible. A los hombres también les preocupa la impotencia y la infertilidad; ellos tienen más probabilidades que las mujeres de trabajar en áreas con peligros ambientales u ocupacionales que pueden ocasionar problemas de salud reproductiva. Sin em-

<sup>1</sup> Ver Parte III.K para mayores detalles sobre el tema de la violencia.

bargo, las clínicas y programas, particularmente en las áreas remotas y en las áreas rurales, se concentran en la salud de la mujer.

### **Enfoques y Objetivos de las Iniciativas para la Participación del Hombre**

Greene (1999) describe la evolución de las iniciativas dirigidas a incrementar la participación del hombre en salud reproductiva. Específicamente, señala cuatro enfoques para la participación masculina:

**El enfoque tradicional de la planificación familiar:** Este enfoque, que dominó el campo antes de la CIPD de El Cairo en 1994, centra su atención primordialmente en proveer métodos anticonceptivos a las mujeres, con el propósito de reducir la fecundidad.

**El marco conceptual del hombre y la planificación familiar:** Este enfoque asume que los hombres pueden impedir el uso de anticonceptivos por las mujeres y que ellos mismos son un grupo de anticonceptores potenciales no aprovechado, por lo que trata al hombre primordialmente como un medio para incrementar la prevalencia de anticonceptivos.

**El marco conceptual de la igualdad del hombre:** En coincidencia con el Plan de Acción de El Cairo, que llama a poner mayor atención a las necesidades individuales de las mujeres, de los hombres y de los adolescentes, este enfoque se caracteriza por los programas diseñados para brindar servicios de SR a los hombres de la misma manera en que se les han dado a las mujeres.

**El marco conceptual de la equidad de género:** Este enfoque aborda las relaciones entre las mujeres y los hombres y el compartir las responsabilidades y las acciones. Centra su atención en el hombre como pareja sustentador de la mujer. Por lo tanto, refleja el espíritu del documento de la CIPD y la transformación de los papeles sociales que restringen la salud y los derechos reproductivos. Pone énfasis en la manera como se prestan los servicios y en las oportunidades para transmitir y reforzar los mensajes que sustenten la equidad de género, en lugar de especificar cuáles servicios de SR deben darse y a quién.

Las iniciativas de SR dirigidas a las mujeres generalmente tienen objetivos de comportamiento

claramente definidos: incrementar la prevalencia del uso de anticonceptivos, incrementar la utilización de personal competente en la atención del parto, incrementar el uso de condones para prevenir las ITS y el VIH, aumentar la prevalencia de la lactancia materna, y así sucesivamente. En contraste, los programas que promueven la participación del hombre no están sujetos a ningún objetivo único de comportamiento. En algunos casos, *no* tienen ningún objetivo de comportamiento discernible. En vez de eso, este tipo de programas toman la participación del hombre como un fin en sí y de por sí.

Hasta donde han llegado a tener objetivos de comportamientos específicos, las iniciativas para promover la participación del hombre han evolucionado a lo largo del tiempo, en consistencia con los cuatro enfoques antes señalados. Bajo los dos primeros enfoques (el tradicional y el del hombre y la planificación familiar), el objetivo primordial tendía a ser el mismo que el de los programas para las mujeres, es decir: incrementar la prevalencia del uso de anticonceptivos. Sin embargo, los programas que han adoptado el tercer enfoque (la equidad del hombre) tratan de incrementar la utilización de los servicios de SR orientados al hombre, lo cual es el primero de los objetivos que se describen a continuación. Los programas con un enfoque de equidad de género suelen tener uno o más de los objetivos restantes que se enumeran a continuación, es decir: aumentar la comunicación entre las parejas; dar más apoyo a la práctica de SR por parte de la mujer; y cambiar las normas en función del género que la sociedad ha impuesto a la mujer y que son dañinas para su salud.

La salud reproductiva se ha expandido a una gama mucho más amplia de temas que trascienden la planificación familiar, con lo que el potencial de la participación del hombre también aumenta. Por ejemplo, los hombres suelen tener el papel dominante en la toma de decisiones sexuales, en directa relación a los comportamientos para prevenir el VIH/SIDA. Los hombres juegan un papel crucial para proveer el apoyo financiero y logístico a las mujeres que necesitan la atención obstétrica de emergencia o la atención postaborto. Los programas para los adolescentes intentan llegar tanto a los hombres como a las mujeres no sólo con la información y los servicios para protegerse ellos y sus parejas sino también con mensajes con relación a la equidad de género. Los hombres

también son parte de la audiencia objetivo de las iniciativas para eliminar la práctica de la mutilación genital femenina. Los programas de planificación familiar en el pasado tendían a centrar su atención en las mujeres, pero el incremento de la gama de intervenciones de SR llama también a una mayor participación de los hombres. En pocas palabras, cuando los objetivos de las iniciativas para los hombres van más allá de simplemente incrementar el uso de los anticonceptivos, los programas tienden a incluir uno o más de los siguientes objetivos:

### **(1) Incrementar la utilización de los servicios de SR orientados al hombre**

Las necesidades de salud reproductiva del hombre incluyen una amplia gama de servicios: la planificación familiar, el tratamiento y la prevención de ITS/VIH/SIDA, la infertilidad, los problemas sexuales (la impotencia) y otros. Los hombres también necesitan clínicas y médicos que den atención confidencial y libre de prejuicios. El personal del programa debe estar consciente de que, al igual que las mujeres, los hombres no son un grupo homogéneo. Las necesidades de los adolescentes, de los casados, de los hombres mayores, de los hombres con VIH/SIDA y de los homosexuales son diferentes. Sin embargo, llegar a los hombres es más difícil que llegar a las mujeres, para quienes se han diseñado los servicios de salud materna e infantil. Tradicionalmente, los hombres tienen mucho menos probabilidades de haber utilizado una clínica de salud que las mujeres.

Los servicios de salud orientados al hombre tienen diferentes modalidades. Algunos países han establecido clínicas sólo para los hombres. Otros han establecido horarios especiales (o las primeras horas de la noche) para atender a los hombres en los establecimientos que están orientados a las mujeres, o al público en general. Otros han dado mayor publicidad a la existencia de algunos servicios (por ejemplo, el tratamiento de las ITS o la vasectomía) para llegar a un mayor número de hombres, o han añadido servicios para aumentar las opciones para los hombres y mejorar los servicios que ya existen (por ejemplo, la vasectomía sin bisturí).

### **(2) Incrementar la comunicación entre las parejas**

Las investigaciones realizadas hasta la fecha en el área de planificación familiar demuestran que las parejas que

toman las decisiones con relación a la anticoncepción en conjunto tienden a tener tasas más altas de uso de anticonceptivos (Huezo y Malhotra, 1993). Las mujeres pueden tener percepciones de lo que creen ser el tamaño de familia ideal para su pareja, o del deseo de tener más hijos, que luego resultan ser falsas cuando la pareja verdaderamente habla sobre el tema. La comunicación entre la pareja también es esencial para negociar el uso de condones o la planificación familiar con métodos naturales.

Aunque un objetivo deseable es incrementar la comunicación entre la pareja, consideramos necesario hacer algunas advertencias al respecto. El incremento de la comunicación entre la pareja no necesariamente mejora la comunicación, ni garantiza que las mujeres tendrán un papel equitativo en la toma de decisiones. Los programas deben asegurarse de que no están minando, sin darse cuenta, la posibilidad que la mujer tiene de tomar decisiones sobre SR por tratar de involucrar al hombre. Por ejemplo, una campaña en Zimbabwe utilizó a los atletas como modelos para motivar a los hombres a tener mayor participación en la toma de decisiones de planificación familiar, pero lo que lograron fue incrementar el porcentaje de hombres que pensaron que ellos debían ser los únicos en tener el control total sobre las decisiones anticonceptivas (Piotrow et al., 1992).

### **(3) Incrementar el apoyo de la pareja para la práctica de SR por parte de la mujer**

Además de abordar las inquietudes propias de los hombres, su participación puede mejorar la salud de las mujeres, ya que ellas no suelen tomar decisiones sobre su propia salud reproductiva por sí solas, sino con la influencia de sus esposos y de otros miembros de la familia. Los hombres son cruciales para brindar el apoyo físico, financiero y emocional necesario para que las mujeres tengan acceso a la atención de la salud reproductiva o, a la inversa, también representan un obstáculo para muchas mujeres que quieren proteger su salud reproductiva. Algunos de los programas que buscan mejorar la salud de la mujer recomiendan al hombre:

- Asegurarse de que su pareja tiene una nutrición adecuada durante el embarazo;
- Asegurarse de que su pareja recibe atención prenatal;

- Asegurarse de que su pareja recibe atención obstétrica de emergencia, si la requiere;
- Prevenir la propagación de las ITS y el VIH; y
- Dar apoyo a las familias con la promoción de la educación para los niños y para las niñas, una nutrición adecuada y atención de la salud para todos.

Sin embargo, no todas las mujeres quieren que sus cónyuges “se involucren.” Algunas utilizan anticonceptivos contra la voluntad de su esposo, o sin que este lo sepa. Otras temen sacar a relucir el tema de planificación familiar o el uso de condones por miedo a la violencia. En pocas palabras, los programas deben, antes de proceder a involucrarlos, asegurarse de que las clientes **desean** que sus cónyuges participen.

#### **(4) Cambiar las normas sociales que, en función de género, hacen daño a la salud de la mujer.**

Aunque cambiar las normas sociales puede parecer una tarea imposible, durante los últimos 30 años se ha observado un cambio dramático en las normas que rigen la aceptación de la planificación familiar. El concepto de que tener muchos hijos varones es signo de masculinidad ha cambiado en muchos países alrededor del mundo. Algunos programas han comenzado a centrar su atención en los hombres, con el objetivo de influir en ciertas normas sociales respecto a la promiscuidad, a las relaciones sexuales forzadas y a la violencia. En Nicaragua, por ejemplo, el programa del Fondo de Población de las Naciones Unidas “Apoyo a los Servicios y Acciones de IEC del Ejército de Nicaragua en Derechos y Salud Sexual Reproductiva” trabajó para sensibilizar a los soldados del Ejército Nacional en temas de sexualidad, particularmente en la prevención de las ITS y en violencia en función de género (FNUAP, 1997).

Otros programas han promovido ciertos comportamientos específicos que reducen el riesgo, tanto para los hombres como las para mujeres, por ejemplo: promover la abstinencia o el retraso de la iniciación sexual, la reducción del número de parejas sexuales y el uso consistente de condones en las relaciones sexuales, particularmente con parejas no-regulares.

Los programas que trabajan con temas culturalmente más complejos, como la mutilación genital femenina y el matrimonio de las mujeres a muy temprana edad, también han comenzado a incluir a los hombres en su programación, con el objetivo de cambiar sus actitudes hacia estas prácticas que están tan profundamente arraigadas.

#### **Desafíos Metodológicos para Evaluar las Iniciativas que Promueven la Participación del Hombre**

A pesar del reciente auge de interés en esta área, relativamente pocas organizaciones han evaluado la efectividad de estos programas. La mayoría de los proyectos de esta naturaleza han sido a pequeña escala y pocos han estado sujetos a una evaluación rigurosa. Las iniciativas para promover la participación masculina están aún en su etapa de infancia, pero ya se han hecho evidentes algunos desafíos para evaluar estos programas, entre los cuales figuran los siguientes:

- **Muchas iniciativas para promover la participación del hombre no tienen objetivos de comportamiento claros.**

El propósito de la evaluación de programas es definir si el programa ha logrado sus objetivos. En casi todas las otras áreas de SR, los objetivos intermedios se refieren a los cambios esperados con relación a los conocimientos, las actitudes y los comportamientos que, a lo largo del tiempo, llevan a resultados de mejor salud (por ejemplo, baja en las tasas de fecundidad, mortalidad y morbilidad). Muchas de las iniciativas para la participación del hombre han centrado su atención en la participación del hombre en determinadas actividades, como un fin en sí y de por sí, y no como un medio para lograr cambios significativos en los comportamientos. Otras iniciativas comparten los mismos objetivos de los programas diseñados para llegar a las mujeres (por ejemplo, incrementar el uso de anticonceptivos), pero les hacen falta los medios para aislar el rol de la participación del hombre en el proceso. Por lo general, los programas trabajan bajo ciertos supuestos implícitos con relación a los beneficios de la participación del hombre, pero pocos han diseñado las intervenciones con base en un marco conceptual claro—que ilustre las rutas por medio de las cuales la participación del hombre mejorará los comportamientos y los resultados de SR—que da las bases para hacer una evaluación sistemática.

- **Debido al enfoque histórico de la SR en la mujer, existen relativamente pocos datos con relación a los hombres.**

Durante la década de los años ochenta, se observó un mayor reconocimiento del papel del hombre en las decisiones de planificación familiar. Como consecuencia, la encuesta DHS comenzó a recopilar algunos datos sobre los hombres, como complemento de la tradicional recopilación de datos sobre las mujeres. Con la propagación de la epidemia del SIDA, los hombres han tomado un perfil más alto en las intervenciones de SR. Como consecuencia, las encuestas DHS y RHS han recabado más datos con relación al hombre. Sin embargo, las estadísticas rutinarias de los servicios suelen recoger la información sobre la utilización convencional de los servicios, la cual se centra en las mujeres y en los niños, pero no en los hombres. En resumen, hay menos datos disponibles sobre los hombres que sobre las mujeres.

- **Las mediciones cuantitativas (de las DHS/RHS o de las estadísticas del servicio) no captan los aspectos complejos que involucra la dinámica de género.**

A pesar de la tradicional confianza en los indicadores cuantitativos, estos no son suficientes para orientar la evolución y el refinamiento de los programas de participación del hombre. Para complementar los indicadores cuantitativos (tales como los que se enumeran en este *Compendio*), los programas deben utilizar una variedad de técnicas cualitativas que les ayuden a diseñar y a evaluar estos programas en el futuro.

Los indicadores que se presentan en este *Compendio* no abarcan todos los aspectos; más bien representan los indicadores ilustrativos que corresponden a los cuatro objetivos conductuales que señalamos antes y que son comunes de las intervenciones para la participación del hombre.

Tal como se mencionó antes, la evaluación de la mayoría de las iniciativas para la participación del hombre centra su atención en mediciones del proceso de participación masculina en distintas actividades. Hasta la fecha, pocos programas han medido estas intervenciones en términos de resultados (por ejemplo, conocimiento, actitudes y comportamientos). Los indicadores que se dan a continuación ilustran los tipos de mediciones que los evaluadores pueden aplicar para las actividades de participación del hombre en el futuro, dependiendo de los objetivos de cada intervención. Además de estos indicadores, los programas para la participación del hombre pueden utilizar varios de los indicadores que se presentan para los Programas de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (Ver Sección II.F).

## Indicador

### EL NÚMERO DE CONSULTAS EN LOS SERVICIOS ORIENTADOS A LOS HOMBRES, POR EL TIPO DE SERVICIO

#### Definición

El número de “consultas”—es decir, cada ocasión en que una persona solicita asistencia en un establecimiento específico (o en un servicio orientado al hombre dentro de un establecimiento más grande)

El número de consultas será igual o mayor al número de personas que utilizan el servicio (que puede reflejar algunas reconsultas a los servicios).

#### Dato Requeridos

El número de consultas por tipo de consulta

#### Fuente(s) de Datos

Las estadísticas del servicio del programa

#### Propósito y Temas a Considerar

El indicador refleja el volumen de servicios prestados a los hombres por problemas de SR, al igual que la

naturaleza de los problemas tratados. Esto es útil para justificar la continuidad de este tipo de servicio, si la demanda permanece alta. Además, permite a los gerentes de programa ajustar los patrones de contratación del personal, con base en los servicios que tienen mayor demanda.

Un indicador alternativo es el número de personas que solicitan la información y/o los servicios, aunque puede plantear ciertas dudas con relación a las posibles reconsultas, lo que no sucede cuando se mide el “número de consultas”.

Este indicador representa el mínimo de la información necesaria para rastrear el uso de los establecimientos de SR por parte de los hombres. Los estudios para definir el nivel de satisfacción del cliente con relación a los servicios aumentarán la importancia que se le de al proceso de monitoreo.

## Indicador

### EL PORCENTAJE DE HOMBRES (ESPOSOS) QUE APOYAN LAS PRÁCTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA DE SU PAREJA

#### Definición

El porcentaje de los hombres que apoyan las prácticas de salud reproductiva de su pareja

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de hombres que apoyan las prácticas de salud reproductiva de su pareja}}{\text{\# total de hombres encuestados}} \times 100$$

“Apoyar” se puede definir operativamente de distintas maneras, incluidas las actitudes hacia los comportamientos específicos (por ejemplo, el uso de anticonceptivos), las reacciones a situaciones hipotéticas y las acciones/comportamientos reportados.

“Las prácticas de salud reproductiva” se refieren a los comportamientos que promueven los programas de salud reproductiva (por ejemplo, algo que suele ser el objetivo del programa): El uso de anticonceptivos, la lactancia materna, el parto atendido por personal calificado, y así sucesivamente.

#### Datos Requeridos

Las respuestas a entrevistas estructuradas o entrevistas en profundidad

#### Fuente(s) de Datos

Las encuestas entre la clientela masculina en los establecimientos de salud o en otros puntos de entrega de servicios de salud reproductiva para los hombres (a nivel del programa); o entre los hombres del público en general (a nivel de la población) Otras fuentes alternativas pueden ser las encuestas entre las esposas de los participantes de programas orientados al hombre.

#### Propósito y Temas a Considerar

Una forma en que el hombre se “involucra” en SR es brindando apoyo a su esposa/a su pareja en la práctica de comportamientos deseables de salud. Aunque algunas personas argumentan que este tipo de participación no es “suficiente,” en las sociedades en las que los hombres han rehusado brindar tal apoyo, este tipo de participación puede representar un avance importante.

Se pueden hacer tres tipos de preguntas para evaluar el nivel de apoyo de los hombres a las prácticas de SR de las mujeres: Actitudes, reacciones a situaciones hipotéticas y acciones reportadas. El Cuadro III.J.1 presenta algunas preguntas ilustrativas para cada uno de estos tipos. Se espera que estas respuestas sean cada vez más favorables, como resultado de las intervenciones dirigidas a promover la participación del hombre.

Las respuestas a este conjunto de preguntas están sujetas a sesgos, particularmente si los hombres están conscientes de que sus actitudes o comportamientos se apartan de las respuestas socialmente aceptables. La mejor solución a este problema es que los entrevistadores hagan estas preguntas como cuestiones dadas. Un enfoque alternativo es entrevistar a las mujeres respecto a las actitudes y comportamientos de sus esposos hacia la planificación familiar, el embarazo seguro, el parto, el riesgo de ITS/VIH y otros comportamientos preventivos. No obstante, sus declaraciones pueden estar sesgadas, si las esposas saben que sus esposos participan en actividades orientadas a los hombres y, por lo tanto, “esperan” los cambios en su comportamiento.



**Cuadro III.J.1 Elementos Ilustrativos para Medir el Apoyo del Hombre a las Prácticas de SR de su Esposa/Pareja**

Actitudes:

Usted aprueba o desaprueba que su esposa/su pareja:

- (a) Use un método anticonceptivo para prevenir el embarazo;
- (b) Reciba atención prenatal durante el embarazo;
- (c) Cuento con la presencia de un proveedor de salud calificado durante el parto; y
- (d) Dé lactancia materna a su bebé.

Situaciones hipotéticas:

- 1) Si su esposa/su pareja inicia el trabajo de parto y tiene complicaciones pero usted está de viaje, ¿considera que ella debe buscar atención de salud por su cuenta o debe esperar a que usted regrese?
- 2) Supongamos que una mujer sospecha que su esposo/pareja tiene relaciones sexuales con otras mujeres. ¿Considera usted que ella tiene razón o no tiene razón de sugerir que se usen condones cuando ella y su esposo/pareja tienen relaciones sexuales?

Comportamientos reales:

- 1) ¿Alguna vez le ha dicho (o ha hecho saber a su esposa/pareja) que usted aprueba o desaprueba que ella use anticonceptivos?
- 2) Durante el último embarazo de su esposa/pareja, ¿tenía usted un plan para llevarla a un hospital o centro de salud en caso de complicaciones? (Si lo tenía, por favor explique en qué consistía dicho plan.)

## Indicador

### EL PORCENTAJE DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE REQUIEREN LA COOPERACIÓN DEL HOMBRE

#### Definición

“El uso de métodos anticonceptivos” se refiere al número de personas entre una población, entre los clientes de un programa o entre las personas encuestadas, que reportan el uso de algún tipo de método anticonceptivo (hombres o mujeres). Entre los métodos que requieren cooperación del hombre, figuran la vasectomía, los condones, el retiro y la abstinencia periódica (por ejemplo, el ritmo).

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de usuarios que reportan el uso de condones, vasectomía, abstinencia periódica o retiro}}{\text{\# total de usuarios de anticonceptivos}} \times 100$$

Alternativamente, este indicador se puede calcular también para los nuevos aceptantes de los métodos anticonceptivos de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de nuevos aceptantes que seleccionan como método los condones, la vasectomía o la abstinencia periódica}}{\text{\# total de nuevos aceptantes}} \times 100$$

#### Datos Requeridos

Las respuestas a nivel de la población (entre las mujeres casadas en edad reproductiva); las respuestas a nivel del programa sobre los nuevos aceptantes durante un período de referencia (por ejemplo, un año)

#### Fuente(s) de Datos

Las encuestas DHS, RHS u otras encuesta representativas; las estadísticas de los servicios

#### Propósito y Temas a Considerar

Este indicador mide el grado en que los hombres asumen la responsabilidad de la anticoncepción en su propio matrimonio u en otra unión sexual. Los programas de planificación familiar tradicionalmente han centrado su atención en las mujeres; y la mayor parte del uso de anticonceptivos consiste en métodos controlados por las mujeres (los métodos orales, los DIU, los métodos inyectables, los implantes, la anticoncepción quirúrgica femenina).

Una ventaja de este indicador es que los datos requeridos están fácilmente disponibles a través de las estadísticas rutinarias de los servicios o a través de las encuestas tipo DHS o RHS. El indicador también tiene limitaciones de dos tipos: Primero, las intervenciones para promover la participación del hombre se suelen orientar a un área geográfica limitada, en cuyo caso las encuestas grandes no tienen los datos apropiados para evaluarlos (aunque una encuesta representativa del área sí los tendrá). Segundo, las estadísticas de los servicios a nivel del programa se pueden obtener sin mayores problemas, pero estas no captan el uso de los anticonceptivos fuera del gobierno o de establecimientos de las ONG que ofrecen planificación familiar (por ejemplo, las farmacias que son una fuente importante de abastecimiento de condones).

No todas las iniciativas para promover la participación del hombre están diseñadas para incrementar la responsabilidad del hombre en el uso de anticonceptivos, por lo que este indicador solamente resulta apropiado cuando la intervención a evaluar tiene ese objetivo específico.

## Indicador

### EL PORCENTAJE DE LOS HOMBRES Y DE LAS MUJERES QUE HABLAN SOBRE ASPECTOS DE SALUD REPRODUCTIVA CON SU CÓNYUGE O PAREJA SEXUAL

#### Definición

El grado en que las parejas hablan sobre temas de SR

Operativamente, los “temas de salud reproductiva” se definen con relación al contexto local (ver las preguntas ilustrativas que se dan más adelante).

#### Datos Requeridos

Las respuestas de las entrevistas

#### Fuente(s) de Datos

Las encuestas tipo DHS, un estudio especial y las encuestas entre los clientes

#### Propósito y Temas a Considerar

Muchas sociedades prohíben que los hombres y las mujeres (incluso los esposos y las esposas) hablen sobre temas de SR, como el uso de anticonceptivos, el uso de condones para prevenir las ITS, las necesidades nutricionales de la mujer durante el embarazo, y así sucesivamente. Las intervenciones para promover la participación del hombre se suelen diseñar para incrementar la conciencia en el hombre respecto a los temas de SR y para aumentar la comunicación entre la pareja con relación a estos temas. Este indicador mide el grado en que los esposos y las esposas u otras parejas sexuales hablan sobre temas específicos de SR. El concepto de comunicación entre la pareja es un tanto abierto, por lo que las preguntas sobre la comunicación entre las parejas deben ser claras y concretas para fomentar respuestas válidas. Entre las preguntas ilustrativas se mencionan las siguientes:

“Durante el último mes, usted y su cónyuge/pareja hablaron sobre:

- El uso o la continuación del uso de anticonceptivos para prevenir un embarazo;

- El uso de condones para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH;
- La necesidad de contar con la presencia del personal calificado durante el parto (si está embarazada);
- La necesidad que su pareja tenga la nutrición y el descanso adecuados (si está embarazada); y
- Hacerle o no hacerle la circuncisión a su hijo (cuando es apropiado).”

Hacer una sola medición de la comunicación entre la pareja es útil para un diagnóstico, pero no como indicador para monitorear o evaluar un programa. Para eso, el evaluador debe utilizar algún tipo de estudio con un diseño que muestre los efectos de la intervención en el logro de una mejor comunicación entre la pareja.

Los evaluadores pueden diseñar estudios especiales para:

- Comparar el porcentaje de clientes que reportan comunicación entre la pareja sobre temas específicos antes y después de recibir consejería u otra intervención de CCC (Nota: Este enfoque requiere entrevistar al cliente en dos fechas distintas); y
- Comparar el porcentaje de clientes del grupo experimental frente a los del grupo de control que reportan comunicación entre la pareja sobre temas específicos (es decir, en el primer grupo, las parejas masculinas participaron en la sesión de consejería; en el segundo grupo, no lo hicieron).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Este diseño requiere la asignación aleatoria de los sujetos para el grupo experimental y para el grupo de control, así como mediciones pre- y post-intervención.