

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: TAMBIÉN UN ASUNTO DE HOMBRES

INVESTIGACIÓN DE BASE PARA LA PROMOCION DE LA
PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES EN LOS PROGRAMAS DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CENTROAMÉRICA

ANÁLISIS COMPARATIVO

ANÁLISIS COMPARATIVO:

Edith A. Pantelides (CONICET Y CENEP, Argentina)

Hernán M. Manzelli (CENEP y Universidad de Buenos Aires, Argentina)

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

María Olimpia Córdova (Honduras)

Ricardo León González (El Salvador)

Abigail Cecilia McKay (Belice)

Oswaldo Montoya (Nicaragua)

Eyra Ruiz (Panamá)

Rodrigo Vargas Cruz (Costa Rica)

COORDINADORES:

Thomas Harkins (OPS)

Andrés Herrera (OPS)

INDICE

I.	Introducción	8
II.	Metodología	11
III.	Características sociodemográficas de la población encuestada	13
III.1.	Edad	13
III.2.	Estado civil	15
III.3.	Educación	16
III.4.	Actividad económica	17
III.5.	Migración	19
III.6.	Religiosidad	19
III.7.	Grupo racial o étnico	20
III.8.	Condiciones de vida: ingreso y vivienda	21
III.9.	Tamaño del hogar	23
IV.	El género en las actitudes y las conductas	25
V.	Sexualidad y anticoncepción	32
V.1.	Actitudes respecto a los roles de género en la sexualidad	32
V.2.	Prácticas sexuales	36
V.2.1.	La iniciación sexual	37
V.3.	Anticoncepción	39
V.3.1.	Conocimiento y actitudes	39
V.3.2.	Uso de anticonceptivos	43
V.4.	Aceptación y uso del condón	47
VI.	Infecciones de transmisión sexual y VIH	51
VI.1.	Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y VIH	51
VI.2.	Conductas de riesgo	53
VI.3.	Experiencia de infección y búsqueda de tratamiento	55
VI.4.	Las ITS y la pareja	56
VII.	Roles conyugales y paternos	58
VII.1.	Conocimientos sobre embarazo y lactancia	58
VII.2.	Desempeño de roles conyugales	59
VII.3.	Actitudes hacia el rol paterno	61
VII.4.	Desempeño de roles paternos	63
VIII.	Violencia	66
VIII.1.	Introducción	66
VIII.2.	Actitudes hacia la violencia	67

VIII.3.	El hombre como perpetrador de violencia	69
VIII.4.	Entorno de violencia y el hombre como víctima de violencia de la pareja	73
VIII.5.	Violencia en la infancia	76
IX.	Conocimientos, uso y necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva	81
IX.1.	Identificación de servicios de salud sexual y reproductiva	81
IX.2.	Canales de información sobre aspectos de salud reproductiva	82
IX.3.	Necesidades de información sobre salud sexual y reproductiva	84
IX.4.	Necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva	86
IX.5.	Uso de servicios de salud sexual y reproductiva	86
X.	Conclusiones	90
	Referencias bibliográficas	93

INDICE DE TABLAS

III.1.	Distribución de los encuestados según grupos de edad	14
III.2.	Distribución de los encuestados según estado civil	15
III.3.	Distribución de los encuestados según nivel de educación	16
III.4.	Distribución de los encuestados según varios aspectos de la actividad económica	18
III.5.	Distribución de los encuestados según lugar de nacimiento	19
III.6.	Caracterización de los encuestados según aspectos de la religiosidad	20
III.7.	Distribución de los encuestados según grupo racial o étnico	21
III.8.	Distribución de los encuestados según características de su vivienda y acceso a los servicios	22
III.9.	Distribución de los encuestados según tamaño del hogar en que residen	24
IV.1.	Porcentaje de encuestados que tienen actitudes “tradicionales” hacia los roles de género en el hogar	25
IV.2.	Porcentaje de encuestados que estuvieron total o parcialmente de acuerdo con que el trabajo más importante de la mujer es cuidar la casa y cocinar para la familia, por nivel de educación	26
IV.3.	Roles de género en la toma de decisiones en el hogar	27
IV.4.	Porcentaje de encuestados que participa en cada una de las tareas del hogar	28

IV.5.	Distribución de los encuestados que participan en cada una de las tareas del hogar según horas dedicadas a las mismas	30
V.1.	Porcentaje de encuestados que tienen actitudes “tradicionales” respecto a los roles de género en la sexualidad	34
V.2.	Porcentaje de encuestados total o parcialmente de acuerdo con las posiciones indicadas, por nivel de educación	35
V.3.	Porcentaje de sexualmente iniciados y distribución según edad a la iniciación sexual	37
V.4.	Porcentaje de encuestados sexualmente iniciados según identidad de la pareja en la iniciación sexual	38
V.5.	Distribución de los encuestados sexualmente iniciados según quién tomó la iniciativa en la primera relación sexual	39
V.6.	Porcentaje de encuestados que tiene conocimientos correctos sobre anticoncepción y porcentaje que no sabe o no responde	40
V.7.	Actitudes respecto a la anticoncepción	42
V.8.	Uso actual de anticonceptivos en hombres con pareja estable	45
V.9.	Características del uso y obtención de método anticonceptivo en la última vez en que éste fue utilizado por los hombres con pareja estable	46
V.10.	Aceptación y uso del condón en la última relación sexual, entre los encuestados con pareja estable	48
V.11.	Acceso al condón en la última relación sexual entre los entrevistados con pareja estable	50
VI.1.	Porcentaje de encuestados que tiene conocimientos correctos sobre algunos aspectos de las ITS y el VIH/SIDA	52
VI.2.	Porcentaje de encuestados que ejercieron prácticas sexuales de riesgo	54
VI.3.	Porcentaje de encuestados que tuvo o tiene alguna ITS y tipo de y tipo de ITS	55
VI.4.	Porcentaje de encuestados que recibió tratamiento y tipo de tratamiento recibido	56
VI.5.	Distribución de los encuestados que tuvieron o tienen una ITS según conducta adoptada respecto a la pareja	57

VII.1.	Porcentaje de encuestados que tienen conocimientos sobre aspectos de la maternidad y la lactancia	59
VII.2.	Acompañamiento durante la atención prenatal y el parto	60
VII.3.	Porcentaje de encuestados que sostienen definiciones de roles paternos en las que las responsabilidades y tareas corresponden a la mujer/madre	62
VII.4.	Distribución de los encuestados sexualmente iniciados según número de hijos tenidos	63
VII.5.	Porcentaje de padres que planearon todos los hijos que tuvieron, según número de hijos efectivamente tenidos	64
VII.6.	Cuidados y mantenimiento del hijo/ la hija menor por parte de los encuestados que son padres	65
VIII.1.	Porcentaje de encuestados que está de acuerdo con el uso de la violencia en distintas situaciones	68
VIII.2.	Porcentaje de encuestados que justifica la agresión física del hombre contra su pareja en distintas situaciones	69
VIII.3.	Porcentaje de encuestados que ejerció cada una de las conductas de control y de violencia verbal hacia su pareja	70
VIII.4.	Porcentajes de encuestados que ejerció cada uno de los tipos de agresiones físicas contra su pareja	70
VIII.5.	Porcentaje de encuestados de cada nivel educativo que ejercieron violencia contra sus parejas	71
VIII.6.	Porcentaje de encuestados de cada grupo de edad que ejercieron violencia contra sus parejas	71
VIII.7.	Distribución de los encuestados según motivos para el ejercicio de violencia contra su pareja	72
VIII.8.	“Entorno de violencia” en la pareja	74
VIII.9.	Porcentaje de encuestados que declararon entorno de violencia en la pareja para cada nivel educativo	74
VIII.10.	Porcentaje de encuestados que declararon entorno de violencia en la pareja para cada grupo de edad	75
VII.11.	Porcentaje de encuestados que declaran haber sufrido cada uno de los comportamientos violentos por parte de la pareja	76
VII.12.	Distribución de los encuestados según comportamiento de los padres ante situaciones de conflicto cuando el encuestado era niño	77
VII.13.	Distribución de los encuestados según tipo de comportamiento violento ejercido contra el encuestado por	77

	parte de sus padres cuando era niño	
VII.14.	Porcentaje de encuestados que experimentó abuso sexual en la infancia y distribución según edad en la que ocurrió el abuso	79
IX.1.	Porcentaje de encuestados que conoce la existencia, en la comunidad, de instituciones que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y tipo de institución que conoce	82
IX.2.	Porcentaje de encuestados que recibió información sobre salud sexual y reproductiva (SSR) y canales de la información recibida y buscada	83
IX.3.	Porcentaje de encuestados que creen que existen necesidades de información de los varones sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva (SSR), tipo de información que necesita y cómo prefiere recibirla	85
IX.4.	Porcentaje de encuestados que indican cada uno de los tipos de servicio de salud sexual y reproductiva que los varones necesitan	86
IX.5.	Distribución de encuestados que utilizaron servicios de salud sexual y reproductiva según frecuencia de utilización y según momento en que lo hicieron	86
IX.6.	Distribución de los encuestados según características del uso más reciente de un servicio de salud sexual y reproductiva	88

I. INTRODUCCION

A principio del año 2004, un grupo de investigadores provenientes de Belice, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá¹, concluían los informes finales correspondientes a cada país del estudio “Promoción de la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva en Centroamérica”, resultado de un esfuerzo coordinado y co-financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el gobierno de Alemania a través de la Deutsche Gesellschaft Fur Technishe Zusammernarbeit (GTZ) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El propósito de la investigación fue el de proveer la información necesaria para formular “nuevos modelos de intervención para promover la participación de los hombres en los servicios existentes de salud sexual y reproductiva (SSR) y beneficiar a los hombres en el lugar de trabajo o de recreación mediante servicios e información de SSR” (OPS/GTZ, 2002: resumen).

Como es bien sabido, la importancia de involucrar a los hombres en el cuidado de la salud reproductiva propia y la de su pareja es expresada por primera vez en un foro internacional en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994. Para entonces ya la epidemia del VIH/SIDA había hecho evidente el escaso conocimiento que se tenía sobre las actitudes y conductas sexuales y reproductivas de los hombres y los efectos negativos de esa ignorancia no sólo sobre la capacidad de enfrentar la epidemia sino también proteger la salud reproductiva de hombres y mujeres en todos sus aspectos².

A partir del llamado de la Conferencia de El Cairo, la investigación sobre la salud sexual y reproductiva de los varones, así como sobre aspectos de la construcción de la masculinidad que la afectan directamente, se multiplica³. Y pronto se advierte que las necesidades de los hombres en ese aspecto –incluyendo las necesidades de información y consejería- no se suelen tomar en cuenta en la provisión de servicios, los que están casi exclusivamente orientados a atender a las mujeres. Es quizás por ello que, aunque cada vez menos los hombres se constituyen en obstáculo

¹ Los investigadores responsables fueron Abigail Cecilia McKay por Belice, Rodrigo Vargas Cruz por Costa Rica, Ricardo León González por El Salvador, María Olimpia Córdova por Honduras, Oswaldo Montoya por Nicaragua y Eyra Ruiz por Panamá. Esta publicación no hubiera sido posible sin ellos, que recolectaron la información, analizaron los datos de sus países y nos brindaron la base de datos para este estudio de carácter comparativo.

² Para una revisión reciente del tema Olavarría (2004).

³ Algunos ejemplos de los muchos trabajos que incluyen a los países de América Latina y el Caribe: Allan Guttmacher Institute (2003); Cáceres (1998); Cáceres, Vanoss Marín y Sid Hudes (2000); Castro Pérez y Miranda Videgaray (1998), Fachel Leal (1998); Infesta Domínguez (1996); Jiménez Ugarte (1997); Kalckmann (1998); Kornblit y Mendes Diz (1994); Pinto (1998);

para la utilización de anticoncepción por parte de las mujeres, el uso de anticonceptivos que dependen de ellos (condones y vasectomía) se mantienen bajos en toda América latina (OPS/GTZ, 2002: 2). Mientras que son varios los países (por ejemplo Brasil, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá, República Dominicana) en que la esterilización femenina se ha constituido en el o uno de los métodos anticonceptivos más usados, menos del 1% de las parejas en edad reproductiva de América latina y el Caribe utilizan la vasectomía (Vernon, 1996).

Pero no se trata solamente de la anticoncepción. La sexualidad y la paternidad masculinas, encorsetadas en modelos de masculinidad que desestimulan la expresión de la afectividad (Kaufman, 1995; Keijzer, 1998), son negativas para una salud sexual y reproductiva concebida no solamente como la ausencia de enfermedad sino como el goce de bienestar físico y psicológico, de acuerdo a la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

La investigación en que se basa este trabajo retoma todos los temas críticos para la comprensión de la conducta masculina y para orientar la acción que permita acercar a los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva: qué información poseen los varones, cuáles son las carencias en ese terreno y cómo desean informarse; a quiénes recurren cuando tienen preocupaciones sobre su sexualidad y su salud reproductiva; cómo toman decisiones con sus parejas sexuales; qué experiencias tienen respecto a las infecciones de transmisión sexual; con qué frecuencia se recurre a la violencia en la situación de pareja. Se aborda asimismo el conocimiento y contacto con servicios que proveen información o atención en salud sexual y reproductiva y se exploran las necesidades de atención desde las perspectivas de los varones. Aunque no se analizarán en este trabajo, también se recogió la perspectiva de los prestadores de servicios respecto a varios de los temas enumerados.

El objetivo general de la investigación (OPS/GTZ, 2002: 7) era comprender el papel de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva. Los objetivos específicos:

- a) Identificar las valoraciones, percepciones, significados, prácticas y necesidades de los hombres respecto a la salud sexual y reproductiva.
- b) Explorar la forma en que los hombres participan en la toma de decisiones y en otras conductas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- c) Explorar las experiencias de violencia doméstica y de género en la vida de los hombres

- d) Investigar de qué manera las relaciones de género influyen en las conductas mencionadas.
- e) Identificar las necesidades de información y atención en salud sexual y reproductiva de los hombres y sus recomendaciones para obtener una respuesta adecuada por parte del sector salud.

II. METODOLOGÍA

En la investigación, de carácter descriptivo, se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos. Para la parte cuantitativa se aplicó una encuesta, idéntica en todos los países (Belice, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá), con preguntas cerradas. La parte cualitativa, que fue aplicada solamente en El Salvador, Honduras, Nicaragua y Belice no será considerada en esta publicación.

La investigación se llevó a cabo en las ciudades de Belice (Belice), San José (Costa Rica), San Salvador (El Salvador), Tegucigalpa (Honduras), Managua, Bluefields y Puerto Cabezas (Nicaragua) y Panamá. En todas ellas se seleccionaron barrios en los que predominara el estrato socioeconómico bajo y que en lo posible incluyera inmigrantes de área rurales. La población objeto del estudio fueron los varones de entre 15 y 44 años. La encuesta se administró a una muestra al azar de la población del, o de los barrios seleccionados, diseñada con metodología apropiada para asegurar representatividad. Los tamaños de muestra variaron entre 291 en El Salvador y 600 en Nicaragua.

Como fase anterior al procesamiento de los datos, se realizó un trabajo de consistencia de cada una de las bases, revisándose la correcta dinámica de los flujos, lo que produjo modificaciones en aquellos casos que tenían que contestar alguna pregunta y no lo hacían (redefiniendo el total sobre el que se extraían los porcentajes) así como en aquellos casos que no teniendo que contestar, contestaban (redefiniendo el total y en algunas oportunidades, el número de casos en una categoría determinada). Como consecuencia de estos cambios el número total de casos en algunas subpoblaciones puede diferir del que se encuentra en los informes nacionales. Sin embargo, las diferencias en general no son significativas.

Aunque para comodidad del lector en general en el texto utilizamos los nombres de los países y no de las localidades donde se realizó la encuesta, debe quedar claro que los hallazgos de esta investigación sólo pueden generalizarse a las poblaciones de las que fueron extraídas las muestras y quizás a otras similares de los mismos países. El análisis comparativo de los datos recogidos en los seis países, que aquí se emprende, abarca la mayoría de los aspectos mencionados en los objetivos. Sin embargo, en la mayor parte de los temas no se ha podido avanzar más allá de la descripción debido a las características mismas de la información. En primer lugar, porque en una encuesta tan abarcadora no es posible profundizar en ninguno de los temas, ni el instrumento mismo se presta a ello; en segundo lugar porque con frecuencia el pequeño número de casos o la extrema polarización de las respuestas no permitieron la aplicación de instrumentos estadísticos más refinados.

En el caso de los datos de Belice se debe tener en cuenta que parte de las encuestas fueron auto-administradas, como consecuencia de lo cual los porcentajes de no respuesta son más altos que en otros países. En los casos en que el porcentaje de no respuesta fueran altos, no se incluyó la información relativa a esa variable y se indicó en una nota la magnitud de la no respuesta.

III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

Antes de comenzar la descripción de las características sociodemográficas de la población encuestada es bueno recordar que las muestras se realizaron con los recaudos técnicos necesarios para representar al segmento de población que era objetivo del estudio, pero que esta población era específicamente la residente en una zona de escasos recursos de cada una de las ciudades de la muestra. Los resultados, por tanto, sólo pueden generalizarse a la población que tenga las características sociodemográficas que analizaremos a continuación. Los encabezamientos de los cuadros señalan exactamente las ciudades en las que se hizo la encuesta, pero en el texto utilizamos generalmente los nombres de los países para hacer más fácil la lectura.

III.1. Edad

Interesa observar la estructura por edad de los encuestados por varias razones. En primer lugar, si esa estructura es similar a la de la población de la que ésta se extrajo, es un indicio a favor de la calidad de la muestra y, por tanto, de la posibilidad de generalización de los resultados. En segundo lugar, si la estructura por edad tiene alguna particularidad (es muy joven, por ejemplo) esto puede ayudar a explicar resultados que de otra manera parecerían anómalos o incomprensibles. Finalmente, cuando se intentan comparaciones entre distintas poblaciones, como es el caso, es importante saber hasta qué punto éstas son comparables en sus características básicas, siendo la edad una de ellas.

Las edades medias y medianas de las poblaciones de este estudio muestra una interesante similitud entre ellas (cuadro III.1). Sin embargo, al examinar las estructuras en detalle, se advierte que la muestra de Belice presenta una mayor concentración en las edades jóvenes (15-24) y que en el otro extremo se sitúa la de Panamá. También, la muestra de Belice tiene un bajo porcentaje de población por encima de los 35 años y la de El Salvador uno relativamente alto. Estas diferencias pueden reflejar en parte reales diferencias en las poblaciones, como lo muestra una comparación con los datos poblacionales⁴ (no mostrados aquí). Sin embargo, no siempre es así, como en el caso del porcentaje de varones de 15-19 años en Belice y los de 35-39 y 40-44 en El Salvador, que son altos comparados con los valores poblacionales; y los porcentajes de las edades 25-29 en Belice, 35-39 en Costa Rica y

20-24 y 25-29 en El Salvador, que son bajos en comparación con los valores poblacionales. Es posible que alguna de estas diferencias se expliquen porque la muestra se tomó en áreas urbanas y dentro de éstas en áreas geográficas relativamente menores: las estructuras de población de las áreas geográficas de menor tamaño son sensibles a movimientos migratorios que pasarían desapercibidos en las de mayor tamaño. También, el propio hecho de tratarse de una muestra, hace a las estructuras muy sensibles a oscilaciones relativamente pequeñas en el número de casos.

Cuadro III.1. Distribución de los encuestados según grupos de edad

Grupos de edad	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
15-19	31.7	21.4	26.5	25.0	28.3	19.0
20-24	19.3	20.9	18.9	21.8	21.2	21.8
25-29	14.1	17.0	13.4	16.8	16.5	19.7
30-34	13.0	15.5	11.0	13.5	10.2	17.1
35-39	12.0	11.5	15.1	12.0	12.0	11.0
40-44	9.1	13.7	15.1	11.0	11.8	11.4
N/s N/r	0.8					
Total	100.0	100.0	100.0	100.1	100.0	100.0
Edad promedio	26.6	27.8	27.7	26.9	26.4	27.6
Edad mediana	24.0	27.0	26.0	25.0	25.0	26.0
N	384	401	291	400	600	463

Nota: En Belice incluye 2 encuestados de 14 años y 7 encuestados de 45 a 53 años; en El Salvador 1 encuestado de 45 años.

En resumen, las estructuras por edad de las muestras de los seis países son en general satisfactorias, con la posible excepción de una sobreenumeración de jóvenes en Belice y de adultos a partir de los 35 años en El Salvador, que tendrán que tomarse en consideración al interpretar resultados que puedan ser afectados por la estructura por edad.

⁴ En este caso la comparación se hizo con las estimaciones realizadas por el CELADE para el año 2000 para el total de cada país (www.eclac.cl/celade/).

III.2. Estado civil

La distribución de la población según el estado civil depende de varios factores. Por un lado, de la estructura por edad y sexo de esa población, que determina la disponibilidad en el “mercado matrimonial” del número de personas “adecuadas” para entrar en unión. Por otro, de las costumbres enraizadas en la cultura en cuanto a la formación y disolución de uniones: edades preferidas para iniciar las uniones, diferencias habituales de edad entre los cónyuges, aceptación social de las uniones consensuales y de las separaciones y divorcios. También, de la mortalidad diferencial por edad y sexo. Y finalmente, de la legislación que rige la formación y disolución de uniones.

Cuadro III.2. Distribución de los encuestados según estado civil

Estado civil	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Soltero	46.0	47.6	47.1	57.9	51.8	53.8
Casado	23.2	32.2	31.3	15.3	21.8	16.8
Unido	19.8	15.7	20.6	19.0	22.7	25.5
Separado/ divorciado	2.1	4.5	1.0	7.8	3.7	3.7
Ns/Nr	8.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	384	401	291	400	600	463

En todos los países alrededor de la mitad de los hombres de la muestra son solteros, debido a que se incluyen en ella edades en que los latinoamericanos habitualmente no han entrado en unión (García y Rojas, 2002). Casi todo el resto de los encuestados está casado o unido, ya que los separados y divorciados son menos del 5%, excepto en Honduras (cuadro III.2). En tres de los países –Belice, Costa Rica y El Salvador- son más los casados que los unidos consensualmente, mientras que en Nicaragua las proporciones son similares y en Honduras y Panamá los unidos superan a los casados. Estas diferencias son indicativas de distintos modos de resolver la constitución de familias, que pueden ayudar a interpretar otros aspectos que fueron explorados en la encuesta que nos ocupa.

III.3. Educación

Las poblaciones encuestadas en los distintos países no tienen niveles de educación similares. Por un lado se encuentran las ciudades de Belice y Panamá, donde un porcentaje cercano o superior al 60% tiene educación secundaria o técnica completa o superior (incompleta o completa); en El Salvador casi la mitad de los varones alcanzaron esos niveles, en Nicaragua no llegan al 40%; en Honduras se aproximan a un tercio y en Costa Rica son alrededor de un cuarto de los encuestados (cuadro III.3). En estos últimos dos países y en Nicaragua el valor modal se sitúa en el nivel secundario incompleto, que concentra a dos quintas partes de los encuestados mientras que en Belice y Panamá el modo se ubica en la secundaria completa.

Cuadro III.3. Distribución de los encuestados según nivel de educación

Características educativas	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua y Bluefields (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Nivel de educación alcanzado						
Nunca estudió						
- no sabe leer	1.0	0.2	0.3	1.3	0.3	0.0
- sabe leer	0.8	0.5	0.0	0.5	0.8	0.0
Primaria incompleta	0.8	8.7	14.4	11.0	10.0	2.2
Primaria completa	16.1	25.9	13.4	17.7	7.0	9.7
Secundaria o técnica incompleta	12.8	40.1	22.8	40.6	43.3	31.3
Secundaria o técnica completa	31.3	15.7	27.2	12.3	20.3	35.9
Superior incompleta	--	5.2	--	12.8	12.8	13.8
Superior completa(a)	33.8	3.5	21.3	3.8	5.5	7.1
Ns/Nr	3.4	0.2	0.6	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	384	401	291	400	600	463
% que estudia actualmente						
	47.1	25.7	30.9	38.3	36.5	28.3

Nota: En Belice y El Salvador incluye nivel superior incompleto y completo.

El porcentaje de los encuestados que sigue estudiando también varía entre los países, entre una cuarta parte en Costa Rica y casi la mitad en Belice (cuadro III.3, panel inferior). Estos porcentajes están determinados no sólo por las posibilidades de cada población de mantenerse en el sistema educativo sino también por la estructura de edades de las respectivas muestras. En efecto, la muestra de Belice es la más joven y la de Costa Rica una de las dos en que la población de hasta 24 años, es decir

la que se encuentra en edades en que todavía podría estar estudiando, tiene menor peso.

III.4. Actividad económica

Como puede observarse en el cuadro III.4, entre el 55 y el 72% de los encuestados se encuentra ocupado. Entre los que no trabajan actualmente, el desempleo es la razón dominante en Nicaragua y Panamá, pero otras razones predominan en los demás países.

Cuadro III.4. Distribución de los encuestados según varios aspectos de la actividad económica

Actividad económica	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Participación en la actividad económica						
Trabaja actualmente	67.5	72.1	62.9	55.0	57.5	57.3
Trabajó en el pasado	13.8	20.7	20.3	29.0	27.0	27.4
Nunca trabajó	10.9	7.2	15.8	16.0	15.5	15.3
Ns/Nr	7.8	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	384	401	291	400	600	463
Por qué no trabaja						
Desempleado		44.6	47.5	66.3	76.5	85.8
Otros		54.2	49.1	33.7	22.9	13.4
Ns/Nr		1.2	3.4	0.0	0.6	0.8
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		83	59	116	162	127
Ocupación						
Vendedor ambulante		0.9	3.3	4.4	5.1	6.1
Servicios de baja calificación		26.1	23.6	40.2	46.0	46.9
Trabajador de industria/transporte		35.3	37.3	21.9	13.3	10.1
Trabajador agrícola		0.0	0.0	1.3	0.2	0.8
Artesano		5.2	1.9	3.0	1.3	1.3
Empleado de oficina/comercio		23.3	19.8	16.8	12.8	8.5
Maestro/trabajador de la salud		0.0	4.6	0.3	3.4	1.6
Profesional		3.4	5.2	4.4	2.5	16.2
Comerciante		3.1	1.9	5.7	7.6	1.1
Funcionario del Estado y de las fuerzas de seguridad		2.1	0.0	1.7	1.1	4.8
Gerente/empresario		0.0	0.5	0.3	0.6	1.6
Ns/Nr		0.6	1.9	0.0	6.1	1.0
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		326	212	297	475	376

Nota: * No se consignan los datos de Belice porque el porcentaje de no respuesta para la variable por qué no trabaja es de 50.5%, y el correspondiente a la variable ocupación es de 33.9%.

Las ocupaciones en servicios de baja calificación predominan en Honduras, Nicaragua y Panamá, seguidas por las de la industria y el transporte; el orden inverso se observa en Costa Rica y El Salvador. Otro grupo de ocupaciones con cierto peso es el de los empleados de oficina, comercio o bancos. Estas estructuras ocupacionales con escasa presencia de nivel medio y alto son coherentes con la consigna que se dio para la extracción de la muestra (zona urbana con población de escasos recursos) y

no deben interpretarse como representativas de las estructuras ocupacionales de los respectivos países ni de las ciudades de las que se extrajeron las muestras.

III.5. Migración

Las categorías de respuesta que presentaba la encuesta a la pregunta sobre lugar de nacimiento se prestaban a diversas interpretaciones, por lo cual los resultados más confiables son los relativos a los nacidos en la capital y en otro país que eran categorías de interpretación unívoca.

Cuadro III.5. Distribución de los encuestados según lugar de nacimiento

Lugar de nacimiento	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
En la ciudad de la encuesta	20.8	60.1	68.1	77.9	58.9	78.2
Area rural	21.9	8.2	17.5	5.5	1.5	5.2
Otro lugar	42.0	12.7	14.1	15.8	38.8	16.0
Otro país	5.7	19.0	0.3	0.5	0.8	0.2
Ns/Nr	9.6	0.0	0.0	0.3	0.0	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	384	401	291	400	600	463

Excepto en Belice, la mayoría de los encuestados de las demás ciudades nació en la misma ciudad en la que se realizó la encuesta. Los extranjeros sólo tienen algún peso en Belice y sobre todo en Costa Rica, donde representan casi una quinta parte de la muestra (cuadro III.5). De aquellos que no nacieron en la capital, la mayoría llegaron a ella más de 10 años atrás⁵ y más de tres cuartas partes más de 5 años atrás, por lo cual puede asegurarse que la mayoría de los encuestados ya ha tenido tiempo de asimilarse a las costumbres de la ciudad de destino.

III.6. Religiosidad

La religión que se profesa y el grado de adhesión a sus mandatos pueden ser determinantes en la adopción de conductas relacionadas con la salud reproductiva, en particular, con la planificación de los nacimientos y los métodos adoptados para ello (McQuillan, 2004). Por ello en la investigación se preguntó a los varones por su religión y si se consideraban practicantes de la misma.

Alrededor de las tres cuartas partes de los encuestados dice profesar alguna religión, no habiendo grandes diferencias entre los países excepto en Belice donde casi la totalidad de los hombres declara profesar alguna religión. En todos los casos la religión predominante entre los creyentes es la católica, pero ello es más notable en Panamá, mientras que en los demás países hay una importante representación de los protestantes y evangélicos (cuadro III.6).

Cuadro III.6. Caracterización de los encuestados según aspectos de la religiosidad

Aspectos de la religiosidad	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que profesa alguna religión	97.9	72.6	74.6	69.5	77.0	76.0
Religión que profesa						
Católica	57.9	58.0	57.7	50.5	52.5	79.8
Protestante o evangélica	33.2	37.1	39.4	43.7	33.0	19.6
Otra	8.9	4.9	2.9	5.8	14.5	0.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	358	286	208	277	461	352
% practicante de su religión	64.1	53.1	71.6	62.8	67.2	64.8

La práctica de la religión no está igualmente extendida entre los creyentes de los distintos países: el rango de variación va entre un 53% de practicantes en Costa Rica a un 72% en El Salvador. En estos dos países la distribución de la población entre católicos y protestantes es muy similar, lo que indicaría que la frecuencia de la práctica no está allí necesariamente relacionada con la adhesión a un determinado culto.

III.7. Grupo racial o étnico

Aunque raza y etnia no son sinónimos, la pregunta en la encuesta y las categorías de respuesta provistas mezclaban ambos conceptos. La pregunta pedía una auto-identificación, pero las categorías de respuesta le eran leídas a los sujetos, comenzando por “negro” y terminando en “blanco”, tratando de evitar una rápida adopción de las categorías mayoritarias y/o socialmente más valoradas.

Cuadro III.7. Distribución de los encuestados según grupo racial o étnico

Grupo racial/étnico	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Negro	45.6	4.7	5.5	3.0	9.3	22.9
Mestizo/ ladino	32.6	42.9	75.8	72.2	67.1	59.0
Indígena	3.9	2.7	2.1	7.0	3.2	4.3
Indígena (Miskito)					11.2	
Blanco	2.3	37.5	4.5	12.3	7.0	13.6
Otro	7.3	8.2	5.2	0.0	0.0	0.0
Ns/Nr.	8.3	4.0	6.9	5.5	2.2	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	384	401	291	400	600	463

Excepto en Belice, donde predominan quienes se identifican como negros, en los demás países son mayoría los que dicen ser mestizos o ladinos. En El Salvador y Honduras alrededor de tres cuartas partes de los encuestados se declaran así y también hay porcentajes altos en esa categoría en Nicaragua y Panamá. Costa Rica se diferencia de los demás países por tener una importante población (más de un tercio) que se auto define como blanca. Los indígenas sólo cobran cierta importancia en Nicaragua (por la presencia de los Miskitos) y, en menor grado, en Honduras (cuadro III.7).

La pertenencia a un grupo racial o étnico sólo interesa en la medida que esos grupos tengan características culturales diferentes. También suele suceder que los grupos étnicos se caractericen por diferencias socioeconómicas.

III.8. Condiciones de vida: ingreso y vivienda

La muestra fue diseñada para captar población de ingresos bajos, por lo cual la distribución de los encuestados según el ingreso de sus hogares sólo interesa para confirmar que se trata de una población de escasos recursos. En efecto, entre tres cuartas partes y el 90 por ciento de los encuestados viven en hogares que se encuentran en el 20 por ciento inferior de la escala de ingresos (de cada muestra). Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que el porcentaje de no respuesta en esta pregunta es alto, particularmente en Belice⁵. Las características de la vivienda y el

⁵ Los porcentajes de no respuesta son 45.6 (Belice), 20.4 (Costa Rica), 8.9 (El Salvador), 28.3 (Honduras) y 13.5 (Nicaragua). En Panamá no aparece la categoría de no respuesta, pero un 25.9% dice tener cero ingresos; también en Belice (16.3%) y El Salvador (10.9%) hay

acceso a los servicios esenciales suelen ser utilizadas como indicador de las condiciones de vida de una población. Sin embargo, en las áreas urbanas de América Latina y el Caribe estos indicadores no son útiles pues la mayoría de la población se agrupa en categorías edilicias y de servicios que parecerían indicar un nivel de vida relativamente alto debido a que en las ciudades la mayoría de la población tiene acceso a servicios básicos. Esto sucede también en el caso de las encuestas a hombres centroamericanos de las que se ocupa este trabajo (cuadro III.8).

Cuadro III.8. Distribución de los encuestados según características de su vivienda y acceso a los servicios

Características de la vivienda	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Material de la construcción						
Ladrillo/cemento/bloques	73.4	75.6	92.4	75.0	51.0	97.6
Madera	24.0	13.7	3.1	19.0	28.2	2.4
Otros	1.0	10.7	4.2	6.0	20.8	0.0
Ns/Nr	1.6	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Material del piso						
Baldosa, alfombra	37.2	62.3	20.3	5.5	23.5	44.1
Ladrillo/ cemento	35.7	17.2	70.7	87.5	47.8	51.4
Madera	25.8	11.5	0.7	2.5	20.0	0.9
Otros	0.8	9.0	8.3	4.5	8.7	3.6
Ns/Nr	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Acceso al agua potable						
Tubería en la casa	83.1	99.5	84.9	96.0	73.7	94.8
Tubería o pozo comunal	13.8	0.2	8.2	0.0	6.0	4.1
Pozo propio	0.5	0.0	1.4	0.0	17.7	0.2
Otros	1.0	0.1	5.5	4.0	2.6	0.8
Ns/Nr	1.6	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	99.9
Tiene electricidad						
	98.2	99.5	99.3	96.8	98.8	99.8
N	384	401	291	400	600	463

personas que declararon que el hogar no tiene ningún ingreso. Es probable que estos casos deban sumarse a la no respuesta.

El material con que están hechas la mayoría de las viviendas en todos los países es ladrillo, cemento o bloques. Esto es así en casi el total de los casos en Panamá y El Salvador y en las tres cuartas partes de los casos en Belice, Costa Rica y Honduras; el porcentaje más bajo, apenas superior al 50% se encuentra en Nicaragua, donde un número importante de viviendas son de madera o de otros materiales.

Más variado es el panorama con respecto al material de los pisos: los de mejor calidad –de baldosa o alfombra- sólo son predominantes en Costa Rica. En El Salvador y Honduras y en menor grado en Panamá, los materiales más comunes son el ladrillo y el cemento. Los pisos de menor calidad, incluidos los de tierra, son poco frecuentes.

Entre tres cuartos y la casi totalidad de los hogares tienen acceso al agua por tubería dentro del hogar; solamente en Nicaragua es importante la provisión por pozo propio y en Belice la de tubería o pozo comunales. El acceso a la electricidad es prácticamente universal.

III.9. Tamaño del hogar

El tamaño medio de los hogares de los hombres encuestados en los distintos países oscila entre 5.1 y 6.1 miembros. La forma más frecuente de convivencia en todos ellos es en hogares constituidos por 3 a 5 personas y, en segundo lugar, en hogares con entre 6 y 10 personas. Pero los países se agrupan en dos categorías: aquellos en que el hogar de entre 3 y 5 personas representa alrededor del 45% de los casos (Belice, Honduras y Nicaragua) y aquellos en que este tamaño de hogar constituye cerca del 60% de los casos (Costa Rica, El Salvador y Panamá) (cuadro III.9).

Cuadro III.9. Distribución de los encuestados según tamaño del hogar en que residen

Tamaño del hogar	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Vive solo	5.2	0.2	2.1	1.8	1.0	1.3
2 personas	8.9	5.2	4.5	4.8	4.0	6.0
3-5 personas	42.5	56.9	59.8	45.5	45.3	58.2
6-10 personas	32.8	35.8	31.0	41.5	40.7	31.3
11 y más personas	5.1	1.9	2.6	6.4	9.0	3.0
Ns/Nr	5.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Tamaño promedio	5.3	5.2	5.1	6.1	6.1	5.2
N	384	401	291	400	600	463

Los hogares de mayor tamaño (6 o más personas) son más frecuentes en Honduras y Panamá; los de 2 o menos lo son en Belice. Es notable la casi inexistencia de hogares unipersonales, excepto en Belice. Esta forma de residencia parece no ser habitual entre los hombres jóvenes y adultos de escasos recursos habitantes en áreas urbanas de América Central.

IV. EL GÉNERO EN LAS ACTITUDES Y LAS CONDUCTAS

Para comenzar a comprender las actitudes y conductas de los hombres de Centroamérica frente a los temas de salud sexual y reproductiva, la paternidad y la violencia, se analizan primero sus actitudes y conductas en relación a aspectos más generales de los roles genéricos.

Las preguntas de la encuesta dirigidas a detectar las actitudes en relación a los roles genéricos dan indicios firmes sobre la “ubicación” ideológica de los encuestados. En el cuadro IV.1 se presentan las respuestas a un grupo de tres preguntas que trataban de detectar las actitudes de los varones en relación al rol de la mujer en el mundo privado (el hogar) y el público (el trabajo extra hogareño). Se denominaron respuestas “tradicionales”, a aquellas que responden a valores de una sociedad patriarcal, en la que los hombres toman las decisiones en el hogar y en que la mujer tiene principalmente un rol de cuidado de la casa y de los hijos.

Cuadro IV.1. Porcentaje de encuestados que tienen actitudes tradicionales hacia los roles de género en el hogar

Proposición	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% de respuestas "tradicionales"						
El trabajo más importante de la mujer es cuidar la casa y cocinar*	56.0	51.4	54.1	57.8	63.5	41.7
El hombre tiene la última palabra en decisiones en la casa*	50.3	31.2	52.9	56.0	56.7	41.0
Hombre y mujer tienen el mismo derecho a trabajar fuera de la casa y a estudiar**	2.3	5.5	3.8	6.3	5.7	13.8
N	384	401	291	400	600	463

Notas: * Se sumaron las respuestas "totalmente de acuerdo" y "parcialmente de acuerdo".

** Respuesta "en desacuerdo".

En los seis países, son muy pocos los varones que discuten el derecho de la mujer a estudiar y trabajar fuera del hogar al igual que lo hace el hombre, pero dentro de esos valores bajos, el rango de variación es amplio, entre el 2.3% que no otorga a la mujer esos derechos en Belice y el 13.8% que no lo hace en Panamá.

Son distintas las magnitudes cuando se les pregunta sobre los roles hogareños. Entre dos y tres cuartas partes de los entrevistados acuerdan con que el

trabajo más importante de la mujer es cuidar la casa y cocinar. Si se relaciona esta respuesta con la analizada en el párrafo anterior se advierte que frente a una enunciación abstracta de derechos son pocas las respuestas “tradicionales”, pero éstas aumentan drásticamente frente a una pregunta más concreta. La combinación de ambos conjuntos de respuestas podría interpretarse como que las mujeres tienen derecho a trabajar y estudiar, pero también deben cumplir con roles domésticos lo que, en los hechos, haría difícil ejercer los derechos enunciados. La respuesta, claro, es la doble jornada que muchas mujeres cumplen: trabajo fuera y dentro del hogar. Porcentajes algo más bajos de varones dicen que el hombre debe tener la última palabra en las decisiones. En ambos casos, el porcentaje más alto de respuestas tradicionales se encuentra en Nicaragua, seguida de cerca por Honduras. Son menos los hombres de Panamá y Costa Rica que sostienen estas actitudes tradicionales.

Cuadro IV.2. Porcentaje de encuestados que estuvieron total o parcialmente de acuerdo con que el trabajo más importante de la mujer es cuidar la casa y cocinar para la familia, por nivel de educación

Nivel de educación	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Hasta primario incompleto	100.0	78.9	76.7	74.0	91.0	60.0
Primario completo y secundario incompleto	73.1	55.5	66.0	68.5	76.4	54.0
Secundario completo y más	50.6	30.6	39.7	40.7	38.8	32.4

De los indicadores de actitudes hacia los roles genéricos fue elegido el que se refería a las tareas domésticas como principal trabajo de la mujer para observar la influencia del nivel educativo. En el cuadro IV.2 se observa claramente que, en todos los países sin excepción, a mayor nivel de educación menor es el porcentaje de hombres que acuerdan con una visión tradicional. Al calcular el chi cuadrado, esta relación aparece como significativa en todos los países al nivel de $p=0.000$. Por el contrario, no se verifica relación entre las respuestas de índole tradicional en este tema y la edad (con la excepción de Nicaragua, $p=0.059$). Aunque no se puede generalizar en base a un solo indicador, este último resultado prende una luz de alarma sobre la ausencia de cambio en las actitudes de las nuevas generaciones.

A un subconjunto de encuestados, aquellos que se encontraban viviendo junto a su pareja, se les preguntó sobre lo que realmente ocurría en relación a la toma de decisiones en el hogar y, en particular, a las decisiones sobre gastos (cuadro IV.3).

Cuadro IV. 3. Roles de género en la toma de decisiones en el hogar

Frase	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
quién toma las decisiones en el hogar						
Lo que yo decido prevalece	2.7	2.0	4.8	5.1	5.4	5.7
Lo que ella decide prevalece	1.4	3.0	0.7	2.9	0.7	3.6
Llegamos a un consenso o resolución conjunta	83.1	89.5	91.1	89.1	88.5	88.0
No conseguimos resolver el conflicto	2.7	5.0	0.7	2.9	4.7	2.2
Otro	0.0	0.5	2.0	0.0	0.0	0.0
Ns/Nr	10.1	0.0	0.7	0.0	0.7	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	148	202	147	137	277	192
quién decide cómo se gasta el dinero						
El entrevistado	9.5	15.8	10.9	22.6	24.9	19.3
La pareja	6.1	14.4	12.2	22.6	14.1	14.1
Ambos	77.7	69.3	76.2	51.9	60.6	66.6
Otro	0.0	0.5	0.7	2.9	0.0	0.0
Ns/Nr	6.7	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	148	202	147	137	277	192

En todos los países una mayoría absoluta, siempre superior al 85%, dice que las decisiones hogareñas se toman en conjunto. Sin embargo, frente a una pregunta más concreta sobre las decisiones que involucran gastos, ya son bastante menos (aunque todavía son mayoría) los que sostienen una toma de decisiones compartida. Esta pregunta produce una diferenciación entre los países: dos veces y media más hombres responden que son ellos los que deciden en Nicaragua que los que lo hacen en Belice⁶. También aparecen algunos casos en que porcentajes similares de encuestados declaran que la decisión es de ellos o que es de la pareja, como en Costa Rica y Honduras.

Para explorar la existencia de relación entre las actitudes y las prácticas, se calculó el chi cuadrado entre la variable de actitudes “cuando se trata de tomar decisiones en casa el hombre debe tener la última palabra o la decisión final” y la variable de comportamiento “quién decide sobre cómo se gasta el dinero”. Se encontraron relaciones significativas entre esas variables en Costa Rica ($p=0.003$),

Honduras ($p=0.010$), Nicaragua ($p=0.000$) y Panamá ($p=0.019$), pero no en Belice y El Salvador. Lo esperable es que actitudes y conductas sean coherentes y así sucede en cuatro de los seis países. No hay elementos en la encuesta para explicar por qué eso no sucede en los otros dos, y la explicación habitual sobre la existencia de algún problema en la comprensión de una o ambas preguntas no parece que sea aplicable en este caso pues éstas no presentaban dificultades mayores.

También se trató de detectar en qué medida los hombres que se encontraban viviendo con su pareja asumían roles de cuidado del hogar habitualmente considerados femeninos: preparar la comida, lavar los platos, lavar y planchar la ropa, hacer las compras y el aseo. Es sabido que en el proceso de redefinición de roles de género, los hombres han tendido a asumir con mayor facilidad las actividades ligadas a la paternidad (bañar y vestir a los niños, llevarlos al médico o asistir a las reuniones escolares para padres) que las ligadas a la domesticidad (cocinar, lavar y planchar o limpiar la casa) (Coltrane, 1995: 260; Wainerman, 2002: 80)

Cuadro IV.4. Porcentaje de encuestados que participa en cada una de las tareas del hogar

Actividad	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% de encuestados que participan en cada tarea						
Preparar comida	49.3	48.5	40.5	47.4	49.5	54.7
Lavar los platos	41.2	57.4	39.9	33.6	40.1	9.9
Lavar la ropa	25.0	18.8	26.4	27.7	24.5	3.6
Planchar la ropa	38.5	24.3	27.7	26.3	25.6	26.0
Hacer las compras	53.4	78.2	53.4	58.4	69.0	62.0
Hacer el aseo	49.3	55.4	44.6	52.6	50.9	58.9
N	148	202	148	137	277	192

En todos los países, la actividad en la que participan un mayor porcentaje de varones es “hacer las compras” y aquella en la que menos participan es lavar la ropa (y plancharla, como en Honduras y Nicaragua) (cuadro IV.4)⁷. Hacer las compras es, de las actividades del hogar, la única que se realiza en el mundo externo, el mundo público, y la única que requiere tomar decisiones sobre gastos. Y es la que en mayor medida asumen los varones.

⁶ Pero los porcentajes de Belice son inferiores en parte por el mayor peso de la no respuesta.

⁷ Un patrón similar se ha observado en Estados Unidos (Coltrane, 1995: 260)

La participación masculina en actividades domésticas, que no es muy alta, se pone en perspectiva cuando se observan las horas semanales que a ellas se dedican (Cuadro IV.5). Este análisis tiene necesariamente que ser impreciso, ya que debería estimarse el tiempo promedio que cada actividad realmente requiere para poder afirmar que una cierta dedicación es poca o mucha. Pero se puede señalar que en todas las actividades y países –con la sola excepción de la cocina en Honduras- la mayoría absoluta de los hombres que las realizan dedica menos de 4 horas semanales. Algunas actividades se destacan porque la mayoría le dedica una hora o menos por semana, por ejemplo, planchar la ropa (que sin embargo es una actividad que demanda tiempo). En otras, hasta 3 horas semanales de dedicación son claramente insuficientes, aún como ayuda complementaria, por ejemplo, cocinar.

Cuadro IV.5. Distribución de los encuestados que participan en cada una de las tareas del hogar según horas dedicadas a las mismas

Actividad	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Preparar comida						
Hasta 1 hora		32.6	50.0	23.0	16.0	33.3
Entre 2 y 3 horas		43.9	38.2	18.5	36.5	42.8
4 y más horas		21.4	11.8	58.5	47.5	23.9
Ns/Nr		2.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		98	60	65	137	105
Lavar los platos						
Hasta 1 hora		63.9	74.5	47.8	44.2	68.4
Entre 2 y 3 horas		24.1	20.4	19.6	31.5	31.6
4 y más horas		10.3	5.1	32.6	24.3	0.0
Ns/Nr		1.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		116	59	46	111	19
Lavar la ropa						
Hasta 1 hora		44.7	61.4	42.1	29.4	42.8
Entre 2 y 3 horas		47.4	28.2	31.6	35.3	42.8
4 y más horas		7.9	10.4	26.3	35.3	0.0
Ns/Nr		0.0	0.0	0.0	0.0	14.4
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		38	39	38	68	7
Planchar la ropa						
Hasta 1 hora		69.4	73.1	44.5	57.7	50.0
Entre 2 y 3 horas		18.4	22.0	36.1	26.8	42.0
4 y más horas		6.1	4.9	19.4	15.5	8.0
Ns/Nr		6.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		49	41	36	71	50
Hacer las compras						
Hasta 1 hora		34.8	28.7	16.2	19.4	17.6
Entre 2 y 3 horas		50.0	57.4	47.5	49.7	72.3
4 y más horas		12.7	13.9	36.3	30.9	10.1
Ns/Nr		2.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		158	80	80	191	119
Hacer el aseo						
Hasta 1 hora		48.2	62.2	33.3	34.8	46.0
Entre 2 y 3 horas		35.7	22.7	27.8	33.3	45.1
4 y más horas		13.4	15.1	38.9	31.9	8.9
Ns/Nr		2.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		112	66	72	141	113

Nota: * No se consignan los datos de Belice porque la no respuesta supera el 30%.

Como conclusión podemos decir que los varones de las ciudades del estudio reconocen en abstracto ciertos derechos de las mujeres y dicen que las decisiones se

toman en conjunto y por consenso, pero el examen de su actitud frente a las tareas domésticas y su participación en las mismas hacen pensar que las actitudes igualitarias se circunscriben al nivel declarativo.

V. SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

Como dicen Fachel Leal y Fachel (1997:2), ocuparse de la sexualidad es, dentro de la tradición cultural de América Latina y el Caribe, entrar en el terreno de "lo íntimo, de la subjetividad, de la individualidad, en fin, de lo privado, valores que, en cuanto tales, deberían permanecer más allá del escrutinio de las ciencias sociales objetivantes". Sin embargo, tal como reconocen las mismas autoras, tanto la antropología como la sociología han realizado investigaciones en ese terreno. Si bien las metodologías utilizadas han sido tanto de carácter cualitativo como cuantitativo debemos reconocer que las encuestas, como las que se analizan, corren con desventaja en la dilucidación de un tema, en efecto, tan íntimo, aunque sirvan para cuantificar la prevalencia de conocimientos, actitudes y conductas, como base para indagaciones más profundas. En la investigación que nos ocupa se intentó identificar actitudes hacia la sexualidad y algunas prácticas; en particular, se puso el acento en la iniciación sexual y sus características.

El segundo tema que se aborda en este capítulo es el de la anticoncepción. Su inclusión aquí obedece a la relación estrecha que existe entre ésta y las actitudes y sobre todo las prácticas sexuales de las cuales la anticoncepción, sin duda, forma parte.

La anticoncepción, en sus diferentes aspectos, ha sido profusamente estudiada, pero sobre todo desde el punto de vista femenino, interrogando a las mujeres. Tardíamente, a raíz de la epidemia de SIDA, se reconoció que el éxito de una conducta anticonceptiva dependía también, y no secundariamente, de los varones, sus actitudes, sus conocimientos y sus prácticas.

V.1. Actitudes respecto a los roles de género en la sexualidad

La cultura latinoamericana es generalmente visualizada como una en la que persisten concepciones de la sexualidad ancladas en la desigualdad de género y en la doble moral sexual. El análisis de las actitudes hacia los roles de género en lo que respecta a la sexualidad, permite "ubicar" a nuestros sujetos en cuanto a la ideología de género en que sustentan o justifican sus conductas. Una sección de la encuesta estaba dirigida a detectar la existencia de este tipo de actitudes.

Las actitudes se midieron por medio de proposiciones sobre las cuales los sujetos debían expresar acuerdo (total o parcial) o desacuerdo. En el cuadro V.1 se muestra solamente el porcentaje de respuestas que reflejaban una visión paternalista o machista de las relaciones genéricas, a las que hemos denominado, por comodidad,

actitudes “tradicionales”. Como puede observarse en dicho cuadro, no todas las dimensiones de las actitudes que se intenta medir concitan el mismo grado de adhesión (o rechazo). Salvo pocas excepciones, significativamente menos de la mitad de los encuestados adopta actitudes tradicionales. La proposición que afirma que “en una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja” produjo muy pocas respuestas clasificables como tradicionales. En todos los países, esta propuesta fue rechazada por un porcentaje mínimo de los varones, presumiblemente, personas a las que no les interesa proporcionar placer a sus parejas en la relación sexual. Sin embargo, la propuesta era algo obvia, “saber qué le gusta” podría interpretarse de manera más general que “dar placer” y difícilmente alguien aceptaría que le es indiferente lo que la persona que lo acompaña en el acto sexual siente o quiere, aunque en los hechos sea así. Aun dentro de un porcentaje pequeño, hay una distancia relativa importante entre el 1.5 % que se registra en Costa Rica y el más de 6 % de El Salvador y Panamá.

Otra propuesta que concitó relativamente pocas respuestas tradicionales fue la de que aun estando bien con su mujer el hombre necesita tener otra. Pero nuevamente, las distancias relativas son importantes. Mientras en Costa Rica y Honduras alrededor del 5% acordó con la afirmación, en Panamá lo hizo el 18 % y se registraron alrededor de 15% de respuestas positivas en Belice y Nicaragua. En el otro extremo, la afirmación sobre la mayor necesidad sexual de los varones respecto a las mujeres captó los mayores porcentajes de respuestas tradicionales, excepto en Belice, donde ello se dio con la propuesta de que el sexo debe ser para tener hijos.

También se registraron altos porcentajes de aceptación (entre 32 y 52%) de la propuesta de que la mujer debe casarse virgen. Dentro de ese rango, la ciudad de Belice aparece con el mayor porcentaje de respuestas tradicionales y San José de Costa Rica con el menor. Es interesante comparar estas respuestas con las dadas a la proposición de que el hombre debe casarse virgen. En todos los casos, menos hombres acordaron con esta propuesta que con la referida a la mujer, siendo las diferencias siempre importantes entre uno y otro caso.

La violación dentro del matrimonio no es reconocida por la mayoría de los hombres como tal, pero también aquí las diferencias entre países son importantes. Mientras en Costa Rica sólo un 10% está de acuerdo en que no existe tal violación en El Salvador la reconocen casi un tercio de los entrevistados.

Cuadro V.1. Porcentaje de encuestados que tienen actitudes “tradicionales” respecto a los roles de género en la sexualidad

Proposiciones	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer*	26.3	39.7	39.2	33.0	47.8	30.9
El sexo debe ser para tener hijos*	57.0	16.2	25.7	18.6	36.4	20.8
La mujer debe casarse virgen*	51.9	31.9	35.4	38.1	42.4	34.3
El hombre debe casarse virgen*	29.4	24.4	26.8	26.5	23.3	21.1
No es violación si el hombre obliga a su propia mujer a tener relaciones sexuales con él*	26.3	10.4	31.2	18.3	16.3	14.5
Aun estando bien con su mujer el hombre necesita tener otra*	15.7	5.4	8.3	4.8	14.3	18.2
El hombre decide qué clase de relaciones sexuales debe tener la pareja*	24.0	15.0	33.7	31.1	34.6	15.3
En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja**	2.6	1.5	6.5	3.5	3.0	6.7
N	384	401	291	400	600	463

Nota: * Se sumaron las respuestas “totalmente de acuerdo” y “parcialmente de acuerdo”.

** Respuesta “en desacuerdo”.

Es difícil delinear un perfil de los varones de cada país ya que aparentemente cada una de las proposiciones toca dimensiones diferentes y no parece que se pueda hablar de poblaciones tajantemente más y menos tradicionales respecto a los roles genéricos en la sexualidad, pero San José tiene los porcentajes más bajos de respuestas tradicionales en cuatro de las siete proposiciones y Belice los más altos en 3 de las siete.

Considerando que se trata de varones de áreas urbanas importantes, seguramente expuestos a los mensajes de los medios de comunicación, y que, aunque mayormente pertenecientes a estratos bajos y medios-bajos de la población, poseen en su mayoría al menos educación primaria completa, los porcentajes de respuestas de estilo tradicional pueden considerarse altos. En algunas de las respuestas que se han examinado se advierte que en una porción de la población

masculina de Centroamérica perdura el doble estándar que permite y prohíbe, acepta y rechaza diferencialmente conductas sexuales de mujeres y varones⁸

Cuadro V.2. Porcentaje de encuestados total o parcialmente de acuerdo con las proposiciones indicadas, por nivel de educación

Nivel de educación	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer						
Hasta primaria incompleta	40.0	72.2	51.2	68.2	75.8	50.0
Primaria completa y secundaria incompleta	36.8	39.4	44.0	33.2	53.6	37.6
Secundaria completa y más	26.6	33.7	36.3	29.5	41.7	27.6
La mujer debe casarse virgen						
Hasta primaria incompleta	83.3	26.3	24.4	54.2	63.6	50.0
Primaria completa y secundaria incompleta	61.2	35.3	43.6	43.2	50.5	40.5
Secundaria completa y más	50.4	28.9	36.0	26.1	26.8	30.6

Hay una relación inversa entre el nivel de educación y la aceptación de roles tradicionales en la sexualidad en todos los países en el caso de la afirmación de que el hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer; esta relación es significativa en Costa Rica, Honduras y Nicaragua ($p=0.000$) y Panamá ($p=0.042$), pero no en Belice ni en El Salvador.

Respecto a la propuesta de que la mujer debe casarse virgen, un examen de los porcentajes muestra que la relación inversa con el nivel educativo también se da, excepto en Costa Rica y El Salvador donde sólo se la observa en los dos niveles educativos superiores. Esta relación es significativa en Belice ($p=0.065$), El Salvador ($p=0.095$), Honduras ($p=0.001$), Nicaragua ($p=0.000$) y Panamá ($p=0.059$). El hecho de pertenecer a la religión católica versus otras religiones o no profesar ninguna tiene efectos diferentes según los países sobre la actitud frente a la virginidad de la mujer hasta el matrimonio (información no mostrada aquí). Sólo en Costa Rica ($p=0.096$) y El Salvador ($p=0.057$) se observa una relación significativa entre profesar o no una religión y estar de acuerdo con que la mujer debe llegar virgen al matrimonio. En Belice, El Salvador, Honduras, la pertenencia religiosa no establece diferencias; en

⁸ Para un estudio específico de Nicaragua, véase Rani, Figueroa y Ainsle (2003).

Costa Rica, Nicaragua y Panamá no son los católicos sino los que profesan otras religiones los que en mayor proporción manifiestan acuerdo con la virginidad de las mujeres. El panorama es más homogéneo cuando se relaciona la misma proposición con la práctica de la religión⁹. En todos los países sin excepción los porcentajes de acuerdo con la propuesta de que la mujer debe casarse virgen son mayores entre los que se consideran practicantes de la religión. La relación entre religiosidad y la actitud frente a la virginidad, medida por el chi cuadrado, es significativa en Belice ($p = 0.002$), Costa Rica ($p = 0.000$), El Salvador ($p = 0.088$), Nicaragua ($p = 0.052$) y Panamá ($p = 0.018$).

Otra de las actitudes frente a la sexualidad que podría tener una fuerte impronta religiosa es la de que el sexo debe ser para tener hijos. Sin embargo, la relación entre ser practicante de una religión y sostener esa actitud sólo es significativa en Honduras ($p = 0.051$), aunque en otros tres países (Belice, Nicaragua y Panamá) la relación es significativa a un nivel de probabilidad algo inferior al 90%.

No se advierte ninguna tendencia cuando se cruza con la edad la propuesta de que el hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer (información no mostrada aquí), excepto en Belice ($p=0.002$) y en Nicaragua ($P=0.078$) donde a mayor edad menor la proporción de respuestas tradicionales. Lo mismo ocurre en Costa Rica, El Salvador y Nicaragua frente a la afirmación de que la mujer debe casarse virgen. En Belice y Honduras la relación adopta una forma en U (con los mayores valores en las edades extremas) y no se advierte ninguna tendencia en Panamá. Aunque a primera vista parezca sorprendente que los encuestados más jóvenes expresen actitudes más tradicionales que los mayores, esto se ha observado también en relación con otros aspectos de la conducta reproductiva, como el aborto (Pantelides y Binstock, inédito).

V.2. Prácticas sexuales

Como se dijo antes, la encuesta indagó poco en las prácticas sexuales más allá de la iniciación sexual. Una pregunta sobre las relaciones sexuales con personas del mismo sexo sólo registró que entre 1.3% (Honduras) y 2.9% (Nicaragua) de los encuestados había tenido ese tipo de relación. Otra pregunta versaba sobre la práctica de sexo anal, ya sea con pareja estable¹⁰ o con una pareja esporádica o casual. En ambos casos una mayoría de entre el 71 y el 88% en Costa Rica, El

⁹ La pregunta era ¿se considera practicante de esa religión?

Salvador, Honduras y Nicaragua dijo no haberlo practicado nunca con su pareja estable y porcentajes similares o superiores tampoco lo habían practicado con parejas esporádicas. En Belice y Panamá aquellos que nunca practicaron sexo anal también son mayoría, pero a un nivel inferior, que oscila entre el 55 y el 67 %.

V.2.1. La iniciación sexual

La absoluta mayoría de los hombres encuestados ya se habían iniciado sexualmente, pese a que la muestra incluye varones desde los 15 años. El porcentaje más bajo se encuentra en Honduras y el más alto en Panamá. La edad modal a la iniciación es de 14 o 15 años en todos los países y la mediana se ubica en los 15 años, excepto en El Salvador, donde está en los 16 (cuadro V.3)¹¹. Es sorprendente que más de una cuarta parte de los varones de Costa Rica y Panamá y alrededor de un quinto de los de Honduras y Nicaragua dicen haberse iniciado antes de cumplir 14 años.

Cuadro V.3. Porcentaje de encuestados sexualmente iniciados y distribución según edad a la iniciación sexual

Edad a la iniciación sexual	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% sexualmente iniciados	79.4	87.3	83.2	78.5	86.5	91.8
Edad a la iniciación						
Hasta 13 años		27.7	17.7	19.7	22.5	25.9
14-15 años		28.0	28.4	29.3	37.7	28.9
16-17 años		20.6	28.4	27.1	24.3	23.5
18-19 años		11.4	11.9	13.4	9.2	10.1
20-24 años		6.9	5.8	5.1	3.1	3.8
25 y más años		0.9	0.4	1.0	1.3	0.5
Ns/Nr		4.6	7.4	4.5	1.9	7.3
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Edad modal		14	15	14	14	15
Edad mediana		15	16	15	15	15
N		350	243	314	519	425

Nota: * No se consignan los datos de Belice de la variable edad a la iniciación porque la no respuesta es de 32.3%.

¹⁰ La definición de "pareja estable" en la encuesta – y a lo largo de todo este trabajo- incluye a los casados, los unidos consensualmente y a los solteros, separados, divorciados y viudos que estuvieran en esa situación

En todos los países se advierte un aumento significativo de los casos a partir de los 12 años (aunque puede tratarse en parte de un efecto de la preferencia de dígitos¹²). Antes de cumplir los 18 años ya se habían iniciado el 85 por ciento de los encuestados de Nicaragua, casi el 80 % de los de Panamá y alrededor de las tres cuartas partes de los de Costa Rica, El Salvador y Honduras.

Cuadro V.4. Porcentaje de encuestados sexualmente iniciados según identidad de la pareja en la iniciación sexual

Identidad de la pareja	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Esposa	5.2	6.6	6.6	2.2	2.3	2.6
Novia/enamorada	34.8	26.9	43.6	51.0	40.4	38.6
Amiga/vecina	24.6	50.1	30.9	34.0	39.5	48.3
Recién conocida	3.9	2.6	4.9	5.1	5.6	2.8
Pariente mujer	2.0	3.7	2.5	0.6	1.3	1.6
Trabajadora sexual	6.6	6.6	8.2	4.8	4.6	3.1
Varón	0.3	0.6	0.4	0.0	0.4	0.9
Otro	0.7	0.0	0.8	1.3	4.4	0.9
Ns/Nr	22.0	2.9	2.1	1.0	1.5	1.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	305	350	243	314	519	425

Nota: * No se consignan los datos de Belice de porque la no respuesta es de 22.0%.

La iniciación sexual se produce sobre todo con la novia o enamorada (Belice, El Salvador, Honduras) o con una amiga o vecina (Costa Rica, Panamá) o en igual medida con ambas (Nicaragua). La iniciación con trabajadoras sexuales es infrecuente, dando cuenta de sólo el 3.1% en Panamá y con un máximo de 8.2% en El Salvador (cuadro V.4).

La iniciación con otro varón es escasa, aunque es muy probable que se trate de una subdeclaración por obvios motivos de temor a la sanción social. El porcentaje de los que se iniciaron sexualmente con otro varón no debe interpretarse como la prevalencia de homosexualidad en estas poblaciones. Otra pregunta relacionada, pero que tampoco mide esa prevalencia “¿Ha tenido relaciones con una persona del mismo sexo?” que tendía a detectar experiencias ocurridas alguna vez en la vida,

¹¹ En la Encuesta Nacional de Salud Masculina de Honduras del 2001 (de la serie de EDS), la edad mediana a la iniciación de los varones fue de 18.3, pero se trataba de varones de todos los estratos sociales (Honduras, 2002).

¹² Se ha comprobado en los censos y otros relevamientos, que las personas redondean su edad prefiriendo las terminadas en 0 y 5 y, en segundo lugar, 2 y 8, mientras que los números menos preferidos son el 1 y el 9.

produjo porcentajes algo más altos: 1.6% en Belice, 2% en El Salvador, 2.1 % en Costa Rica, 1.3% en Honduras, 2.9% en Nicaragua y 2.2% en Panamá.

Cuadro V.5. Distribución de los encuestados sexualmente iniciados según quién tomó la iniciativa en la primera relación sexual

Quién decidió tener relaciones sexuales	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
El encuestado	19.3	16.6	20.1	22.3	21.8	21.6
Su pareja	12.5	20.0	6.2	19.7	21.6	19.3
Ambos	61.0	61.1	70.0	57.7	54.8	57.7
Relación forzada	2.0	1.7	1.6	0.0	1.2	0.5
Otro	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Nr	4.9	0.6	2.1	0.3	0.6	0.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	305	350	243	314	519	425

La pregunta sobre quién decidió la primera relación sexual produce una alta concentración de respuestas en la categoría “ambos” siempre superior al 50% y llegando al 70% en El Salvador (cuadro V.5). Estas denotarían una actitud igualitaria hacia los roles genéricos en la sexualidad, no del todo acorde a lo observado antes sobre las actitudes, y que puede deberse en parte a la propensión a responder por el “deber ser” o lo que se cree socialmente correcto, aunque no se lo comparta íntimamente.

Con porcentajes muy inferiores a los de la categoría “ambos”, en Honduras y Panamá, pero sobre todo en Belice y El Salvador, son más los encuestados que tomaron la decisión que llevó a la relación sexual, que sus parejas. Lo contrario sucede en Costa Rica; en Nicaragua los porcentajes correspondientes al encuestado y su pareja son similares. Pocos hombres mencionan una iniciación forzada.¹³

V.3. Anticoncepción

V.3.1. Conocimiento y actitudes

El conocimiento sobre anticoncepción en las poblaciones encuestadas es limitado. De ello dan prueba no solamente los porcentajes de respuestas correctas

¹³ Está claro que los encuestados se están refiriendo a que su propia participación fue forzada y no a los casos en que ellos forzaron la relación.

obtenidos en varios de los ítems, sino también los relativamente altos porcentajes de los que dicen no saber o no contestan (Cuadro V. 6).

Cuadro V.6. Porcentaje de encuestados que tiene conocimientos correctos sobre anticoncepción y porcentaje que no sabe o no responde

Proposiciones	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que tiene conocimientos correctos						
Una mujer debe tomar la píldora sin saltarse días para que sea efectiva*	71.1	67.1	55.3	53.0	69.8	60.9
Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada*	82.0	86.8	92.4	88.8	88.8	84.0
Esos días son a la mitad del ciclo menstrual*	23.2	12.4	17.0	18.0	2.6	22.4
Las píldoras pueden causar infertilidad**	19.0	21.2	15.1	11.5	14.2	21.0
La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual**	27.1	38.9	32.3	23.5	20.3	33.9
% que no sabe o no responde						
Una mujer debe tomar la píldora sin saltarse días para que sea efectiva	20.6	11.0	22.0	32.5	15.2	16.4
Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada	12.5	2.5	3.8	8.3	5.7	5.4
Esos días son a la mitad del ciclo menstrual	28.6	27.9	5.2	23.1	16.7	22.9
Las píldoras pueden causar infertilidad	35.4	25.7	17.5	27.8	20.0	23.5
La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual	57.3	36.9	48.1	57.3	57.5	51.6
N	384	401	291	400	600	463

Nota: *Se sumaron las respuestas "totalmente de acuerdo" y "parcialmente de acuerdo".

** Respuesta "en desacuerdo".

La proposición que recogió mayor número de respuestas correctas fue la que afirmaba que hay días en que las posibilidades de embarazo de la mujer son mayores. Sin embargo, esos resultados no deben ser tomados aisladamente, ya que ante la pregunta concreta sobre cuáles serían esos días son muy pocos los que contestan correctamente y, en todos los países, son más los que dicen no saber que los que contestan correctamente (cuadro V.6).

Una proporción relativamente alta de encuestados contesta correctamente que la mujer debe tomar las píldoras anticonceptivas todos los días, pero otra vez son altos los porcentajes de no respuesta y, frente a otra afirmación relacionada, mayorías absolutas creen que la píldora puede causar infertilidad. La proposición que afirmaba que la vasectomía disminuye el deseo sexual recogió un alto porcentaje de “no sabe”, en parte porque no se entendió el término. Sólo una minoría, que varió entre el 20% de Nicaragua y el 39% de Costa Rica, dio una respuesta correcta.

Las proposiciones que pretendían captar actitudes sobre los roles de género en la anticoncepción recibieron respuestas disímiles. Mientras que en la que se refería a quién puede proponer el uso del condón (si el hombre o la mujer) las respuestas de corte tradicional son muy pocas, en otras son considerables (cuadro V.7). Las diferencias entre países son importantes. En el caso de “tanto el hombre como la mujer pueden proponer el uso de condones”, el porcentaje más alto casi cuadruplica al más bajo, mientras en otros casos, más que lo duplica; respecto a que la pareja debe tener todos los hijos que Dios manda, por ejemplo, el rango de variación va entre el 25% que está de acuerdo en Costa Rica y el 64% que lo está en Belice. Distancias relativas similares se dan entre esos dos países respecto a la propuesta de que “sería un insulto que una mujer le pidiera que usara condón”.

Cuadro V.7. Actitudes respecto a la anticoncepción

Proposiciones	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% de encuestados que tienen actitudes "tradicionales"						
Una pareja debe tener todos los hijos que Dios mande*	64.3	38.6	25.0	38.8	51.2	38.2
La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada*	38.0	27.9	41.9	41.3	44.0	28.3
La mujer que lleva el condón en la cartera es de vida fácil*	42.5	48.6	62.4	57.8	61.0	50.3
Sería un insulto que una mujer le pidiera que usara condón*	29.4	12.9	20.3	14.6	25.8	22.9
Tanto el hombre como la mujer pueden proponer el uso de condones**	5.5	2.7	10.7	9.0	4.0	8.6
Quién debe tomar la iniciativa de usar anticonceptivos						
El hombre	4.9	10.7	5.5	18.0	17.3	17.7
La mujer	9.9	9.2	3.1	14.5	15.7	11.2
Los dos juntos	55.2	73.7	81.7	65.0	61.5	67.5
Cualquiera de los dos	6.8	4.0	4.5	1.5	2.8	1.9
Depende de las circunstancias	14.3	1.2	5.2	0.0	0.3	1.1
Ns/Nr	8.9	1.2	0.0	1.0	2.4	0.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	384	401	291	400	600	463

Nota:* Se sumaron las respuestas "totalmente de acuerdo" y "parcialmente de acuerdo".

** Respuesta "en desacuerdo".

Ante la pregunta concreta sobre quién debe tomar la iniciativa de usar anticonceptivos, la mayoría dice "los dos juntos" y un porcentaje adicional sostiene que "cualquiera de los dos". Aunque enunciada de manera distinta, esta pregunta apunta al mismo tema que la propuesta de que es la mujer quien debe preocuparse por tomar medidas para evitar el embarazo; sin embargo, el porcentaje de los que contestan que es la mujer quien debe tomar la iniciativa sobre anticoncepción es mucho menor que quienes acuerdan con la propuesta mencionada. Aunque no se espera coherencia total, este tipo de "disonancias" hace dudar sobre el valor de las respuestas obtenidas.

Se eligieron dos de los indicadores de actitudes frente a la anticoncepción para ver la variación que producían el nivel educativo y la edad de los encuestados. Uno

de los indicadores se refería a la asunción de responsabilidades anticonceptivas (“la mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada”) y otra que apuntaba a la sanción social frente a la mujer que toma la iniciativa de llevar el preservativo (“la mujer que lleva el condón en la cartera es de vida fácil”).

En todos los países, a mayor nivel educativo, menor es el porcentaje de respuestas tradicionales que depositan en la mujer la responsabilidad anticonceptiva. La relación inversa es tan fuerte que el nivel de significación nunca es superior a $p=0.005$.

La propuesta de que la mujer que lleva el condón en la cartera es de vida fácil es aceptada por menos hombres a medida que aumenta el nivel de educación (con la excepción del primer nivel educativo en Belice). Aquí también la relación encontrada es siempre significativa al nivel de $p = 0.010$. Algo muy distinto ocurre cuando relacionamos las mismas variables con la edad, pues no se encuentra una tendencia clara.

Una de las proposiciones “una pareja debe tener todos los hijos que Dios mande” remitía a creencias religiosas respecto a la anticoncepción. Sin embargo, no se encuentra un patrón consistente de respuesta. Profesar o no una religión sólo establece diferencias significativas en Honduras ($p = 0.027$) y el tipo de religión que se profesa sólo importa en Belice ($p = 0.044$). La práctica religiosa, por su parte, sólo establece diferencias significativas en Honduras ($p = 0.027$) y Nicaragua ($p = 0.014$). Las variables que sí están relacionadas con la aceptación o rechazo de la propuesta son la educación y la edad.. A mayor educación menor es el porcentaje de encuestados que están de acuerdo con que la pareja debe tener todos los hijos que Dios mande. Esta relación es siempre significativa ($p = 0.000$ en todos los países, excepto en El Salvador donde $p = 0.007$). El mayor conservadurismo de los jóvenes vuelve a manifestarse aquí, puesto que salvo en Honduras donde los porcentajes más altos de aceptación de la propuesta se dan en las dos edades extremas, en los demás países a menor edad mayor el porcentaje de respuestas tradicionales ($p = 0.000$ en Belice y Nicaragua; $p = 0.004$ en Costa Rica; $p = 0.001$ en El Salvador; $p = 0.039$ en Panamá).

V.3.2. Uso de anticonceptivos

Las preguntas sobre uso de anticonceptivos se hicieron solamente a los hombres que estaban en pareja estable (casados, unidos y solteros/separados/divorciados en pareja estable, aunque no fueran convivientes). La pregunta inicial hablaba del “hacer algo para no tener hijos”, con lo que se dirigía la atención al uso

propia mente anticonceptivo y es posible que algunos de aquellos que usaban condón con el fin de evitar el contagio –y no con propósitos anticonceptivos- no lo declararan.

Debe tenerse en cuenta que al definir el sub universo “con pareja estable” se perdió la información del uso anticonceptivo de los que ya se habían iniciado sexualmente pero no estaban en pareja estable; se trata de entre el 27% y el 42% del total de los sexualmente iniciados, pero de una proporción mayor (entre el 56% y el 66%) de los sexualmente iniciados de entre 15 y 24 años.

En todos los países más de la mitad de los encuestados en pareja estable utilizan métodos anticonceptivos. El porcentaje más bajo se da en El Salvador (50.6%) y el más alto, en Honduras, supera a las tres cuartas partes del sub universo (cuadro V.8). La proporción de aquellos que usan anticonceptivos aumenta con el nivel de educación, excepto en El Salvador y Nicaragua donde no se observa una tendencia clara (información no mostrada aquí).

La mezcla de métodos (*method mix*) varía según los países. En Costa Rica más de un tercio utiliza la píldora, y le siguen en importancia la esterilización femenina y el condón masculino, en ese orden. El mismo esquema se advierte en Nicaragua, pero con menores porcentajes en las tres categorías; también tiene alguna importancia allí la inyección. En El Salvador la píldora es poco usada; la esterilización femenina, el condón masculino y la inyección son los métodos preferidos; en este país, así como en Panamá tienen algún peso el retiro y el ritmo. En Honduras la píldora, el DIU y el condón masculino tienen porcentajes similares de uso (alrededor del 21%), mientras que en Panamá sucede lo mismo con la píldora, la inyección y la esterilización femenina (cuadro V.8).

En resumen, en la región hay un claro predominio de los métodos femeninos. Los métodos masculinos (condón masculino, vasectomía y retiro) sólo son usados por entre un 21.5% (Nicaragua) y un 33.3% (El Salvador)¹⁴.

¹⁴ Respecto a Belice, ver nota al pie del cuadro V.8.

Cuadro V. 8. Uso actual de anticonceptivos en hombres con pareja estable

	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que hacen algo para evitar tener hijos*		65.7	50.6	78.0	64.9	64.5
N		242	178	177	328	245
% que usa cada método (respuesta múltiple)						
Píldora		37.1	7.9	21.0	30.0	23.4
DIU		8.8	1.1	21.7	7.5	14.6
Inyección		8.2	24.4	13.8	18.3	20.9
Implante		0.0	0.0	0.7	0.0	0.6
Diafragma		0.0	0.0	0.0	0.5	0.0
Condón masculino		23.3	20.0	20.3	17.8	15.2
Condón femenino		1.9	0.0	0.0	0.5	1.3
Vasectomía		3.1	2.2	0.7	0.9	0.6
Esterilización Femenina		27.0	27.8	13.0	22.1	24.7
Retiro		5.7	11.1	5.8	2.8	13.9
Ritmo		9.4	15.6	10.9	5.2	9.5
Espermicidas		0.0	3.3	0.0	0.0	0.6
Otros		0.0	2.2	1.4	2.3	1.3
N		159	90	138	213	158

Nota: * No se consignan los datos de Belice porque la no respuesta de la variable si hacían algo para evitar tener hijos es de 33.9%

En todos los países, pero en mayor medida en Costa Rica, Nicaragua y Panamá, un cierto número de entrevistados mencionó más de un método, lo que podría estar indicando uso dual o uso alternado de los mismos.

En una pregunta separada se indagó sobre la práctica de la abstinencia con la pareja estable como método de anticoncepción en los 6 meses previos a la encuesta. Esta forma de evitar embarazos fue usada por muy pocos en Panamá (7%) y El Salvador (8%), pero fue más frecuente en los demás países (13% en Honduras y 14% en Costa Rica), destacándose el 21% que en Nicaragua dice haber practicado la abstinencia. Nótese que la pregunta no se refería al método del ritmo o abstinencia periódica, pues se aclaraba que se trataba de no tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.

El uso del método del retiro fue –como podía esperarse– más frecuente que la abstinencia. Cuando se trataba de la pareja estable, entre un 19% (Nicaragua) y un 25% (Costa Rica y Panamá) lo practicó en los 6 meses previos a la encuesta y entre el 15% (Honduras) y el 38% (Panamá) lo practicó cuando se trataba de una pareja esporádica. No se advierte una tendencia clara a una práctica mayor con uno u otro tipo de pareja (datos no mostrados aquí).

La última vez que se usó un método anticonceptivo, siempre según las respuestas de los hombres en pareja estable, lo más frecuente fue la decisión conjunta de ambos miembros de la pareja, especialmente en El Salvador. Cuando eso no sucedió, fue con mayor frecuencia la pareja del encuestado que el encuestado mismo quien decidió el uso del método (cuadro V.9). En esa ocasión, las fuentes principales de obtención del método fueron la farmacia, el centro de salud y el hospital en todos los países, aunque no necesariamente en ese orden de importancia. De todas maneras, no hay una fuente que se destaque nítidamente sobre las otras dos. Los centros de planificación familiar u otra ONG sólo tienen importancia como proveedores en Honduras, donde pierde protagonismo el hospital (cuadro V. 9)¹⁵.

Cuadro V. 9. Características del uso y obtención de método anticonceptivo en la última vez en que éste fue utilizado por los encuestados con pareja estable

	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Quién decidió usar el método						
El encuestado	7.1	10.7	7.8	13.8	16.4	14.6
Su pareja	28.2	36.5	17.8	32.6	26.8	27.2
Ambos	52.9	52.2	73.3	50.8	53.0	54.4
Personal de salud	5.9	0.6	0.0	1.4	3.3	3.2
Ns/Nr	5.9	0.0	1.1	1.4	0.5	0.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	85	159	90	138	213	158
Dónde consiguieron el método						
Farmacia	18.8	22.6	18.9	27.8	24.7	31.1
Centro de Salud	15.3	26.4	30.0	27.1	25.7	28.4
Hospital	10.6	32.2	27.8	11.8	23.9	25.7
Centro de Planificación Familiar u ONG	27.1	0.6	5.6	18.8	9.2	3.3
Otro	18.8	11.3	14.4	8.0	6.1	5.1
Ns/Nr	9.4	6.9	3.3	6.9	2.3	7.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	85	159	90	138	213	158
Quién fue a obtener el método						
El encuestado		17.6	22.2	22.5	18.8	17.1
Su pareja		54.1	47.8	60.2	51.6	48.8
Ambos		12.6	20.0	9.4	21.1	22.8
Otro		1.9	5.6	1.4	2.3	0.6
Ns/Nr		13.8	4.4	6.5	6.1	10.7
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		159	90	138	213	158

Nota: * No se consignan los datos de Belice de la variable "quién fue a obtener el método" porque la no respuesta es de 18.8%.

¹⁵ Tanto la pregunta sobre lugar de obtención del método como quién lo obtuvo "la última vez que se utilizó" son de dudosa interpretación en el caso de la esterilización.

Tanto la fuente de obtención del método como quién fue el que lo obtuvo tienen relación con los tipos de métodos usados. Dado el predominio de los métodos femeninos, no es extraño que sea la pareja, en todos los países, quien con mayor frecuencia obtuvo el método usado en la última ocasión (cuadro V. 9).

V.4. Aceptación y uso del condón

Dado que el condón es un elemento clave en la prevención de las ITS y el VIH y además un eficaz anticonceptivo, se prestó especial atención en la encuesta a su aceptación y uso. Sin embargo, sólo se le hizo las preguntas respectivas a los varones que estaban en pareja estable .

Cuadro V.10. Aceptación y uso del condón en la última relación sexual, entre los encuestados con pareja estable

	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que usó condón en la última relación sexual		15.6	13.5	18.6	13.4	9.4
N		244	178	177	328	245
Razones para usar condón (respuesta múltiple)						
Previene el embarazo		78.9	70.8	97.0	81.8	69.6
Protege de ITS/SIDA		31.6	29.2	9.1	20.5	43.5
Posterga el orgasmo		5.3	16.7	0.0	2.3	0.0
Protege a la pareja de las ITS/SIDA		10.5	20.8	0.0	4.5	13.0
Otras razones		2.6	8.3	0.0	6.8	0.0
Ns/Nr		2.6	0.0	0.0	0.0	0.0
N		38	24	33	44	23
Razones para no usar condón (respuesta múltiple)**						
No tenía dinero para comprarlo		0.5	0.0	0.0	0.0	0.5
No tenía condón		2.5	1.4	0.0	0.4	5.0
No tenía dónde conseguirlo		0.5	0.7	0.0	0.0	0.5
No planeaba tener relaciones sexuales		1.0	1.4	0.0	0.0	3.0
Es difícil de usar o causa incomodidad		4.4	5.7	0.8	0.0	1.0
La pareja no quería		1.5	0.0	3.3	1.8	6.9
La pareja/él usa otro método		57.1	32.1	72.1	38.3	34.6
Querían embarazo/estaba embarazada		4.4	2.9	9.0	6.5	6.4
Hace perder erección		0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Fidelidad/pareja estable/confianza/ conoce a la pareja		0.0	0.0	0.0	17.7	8.4
No quería o no estaba de acuerdo		3.4	2.1	2.5	0.7	3.0
Nunca usó el condón		6.4	12.1	0.0	6.5	10.9
No le gusta usar		9.9	18.6	9.8	16.2	25.2
Otra razón		9.9	21.4	5.7	16.6	3.5
Ns/Nr		2.0	1.4	0.8	1.1	0.0
N		203	140	122	277	202

Notas: * No se consignan los datos de Belice porque la no respuesta es de 40.7%.

**En El Salvador esta pregunta fue tratada como de respuesta simple.

El uso del condón con pareja estable es escaso (cuadro V.10), aunque el rango de variación es amplio, pues mientras en Panamá sólo lo usaron el 9.4% en la última relación sexual, en Honduras casi se duplica el porcentaje.

Entre los que usaron condón, la mayoría dice haberlo hecho porque previene el embarazo; esta razón es dada por el 70% o más de los encuestados con pareja estable, con un máximo en Tegucigalpa de 97%. Las demás razones tuvieron mucho menos peso; la que sigue en importancia es “protege contra las ITS y el SIDA”. En Honduras estas dos razones agotan todas las respuestas. En El Salvador un quinto de los encuestados argumentó que el condón protege a la pareja de las ITS y el SIDA y pero hay mucho menos respuestas de este tipo en Costa Rica, Nicaragua y Panamá y ninguna en Honduras. Los que adujeron un uso dual del preservativo (para prevenir tanto el embarazo como las ITS y el SIDA) tuvieron un peso muy variable: en Honduras sólo fueron el 6%, en Nicaragua el 14%, en Costa Rica y Panamá alrededor del 21% y en Belice y El Salvador el 42%.

Muchos más son los hombres que no usaron condón en la última relación sexual con su pareja estable. Entre éstos la razón predominante en todos los países, aunque con importantes diferencias, fue que la pareja o él mismo usaban otro método, respuesta coherente con la concepción –ya manifiesta en las razones para usarlo- del condón más como método anticonceptivo que como prevención del contagio. Sin embargo, hay otra interpretación posible del bajo uso de condón con la pareja estable: que el condón es usado en el matrimonio o cuando se tiene confianza o se “conoce” a la pareja (aún en casos en que ese “conocimiento” es endeble) solamente con propósitos anticonceptivos quedando su uso preventivo del contagio de ITS para las relaciones esporádicas, casuales, con desconocidas y, sin duda, con trabajadoras sexuales. Aunque una categoría que recogiera este tipo de respuesta no les fue ofrecida como opción a los encuestados se la pudo reconstruir en Nicaragua, donde es la segunda razón en orden de importancia, y Panamá (cuadro V.10). Hay abundante investigación que hace plausible esta interpretación (entre otras Arias y Rodriguez, 1998; Gogna, Pantelides y Ramos, 1997; Schufer y Geldstein, 2003).

Cuadro V.11. Acceso al condón en la última relación sexual entre los entrevistados con pareja estable

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Quién llevó el condón						
El mismo	87.5	84.2	83.3	97.0	90.9	91.3
La pareja	0.0	5.3	4.2	3.0	2.3	0.0
Ambos	0.0	10.5	4.2	0.0	6.8	8.7
Ns/Nr	12.5	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	40	38	24	33	44	23
Dónde lo consiguió						
Farmacia	35.0	36.8	83.3	72.8	52.4	91.4
Centro de Salud	2.5	18.4	4.2	18.2	13.6	0.0
Por medio de un amigo o pariente	7.5	2.6	0.0	3.0	6.8	0.0
Supermercado o tienda	40.0	36.9	0.0	3.0	4.5	4.3
Por un promotor o educador de salud	0.0	0.0	0.0	0.0	6.8	0.0
En otro lugar	2.5	5.3	0.0	3.0	15.9	0.0
Ns/Nr	12.5	0.0	12.5	0.0	0.0	4.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	40	38	24	33	44	23

En la mayoría de los casos el condón fue llevado por el propio encuestado. El lugar en que éste lo consiguió varía mucho según los países: en Costa Rica la farmacia y el supermercado dan cuenta de las tres cuartas partes de los casos, mostrando que la población recurre a bocas de expendio más que a centros de salud, que sólo proveyeron al 18% de los casos. Lo mismo, aunque más acentuado, sucede en El Salvador y Panamá, donde la compra en farmacias representa el 83 y el 91 % de los casos respectivamente y en menor grado en Honduras donde los centros de salud tienen alguna importancia. En Nicaragua las compras en farmacia dan cuenta de algo más de la mitad de las respuestas y el resto se reparten en las diferentes categorías, siendo las más importantes el centro de salud y “otro lugar” (cuadro V.11).

CAPÍTULO VI. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) fueron por mucho tiempo una dimensión casi ignorada de la salud sexual y reproductiva tanto de mujeres como de varones, en particular desde las ciencias sociales. La atención de los científicos se volvió hacia ellas cuando se reconoció que estas infecciones aumentan el riesgo de contraer el VIH y que las prácticas sexuales que exponen al riesgo de contagio son similares para uno y otro tipo de infección (Wasserheit, 1993). “La epidemia del VIH/SIDA redimensiona el problema de las ETS¹⁶ y reactualiza la necesidad de abordarlo eficazmente” (Gogna, Pantelides y Ramos 1997:1).

En la encuesta las preguntas sobre la ITS y el VIH/SIDA se referían a algunos conocimientos relativos a los síntomas, al condón como forma de prevención y a la homosexualidad como factor de riesgo. También se preguntó sobre comportamientos de riesgo para contraer ITS o VIH/SIDA y sobre la experiencia de haber tenido alguna ITS. Finalmente, se indagó sobre la búsqueda de tratamiento y sobre conductas que tomaran en consideración a la pareja y su riesgo de contagio.

VI.1. Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y VIH

Uno de los determinantes de la conducta que las personas adoptan frente a la prevención y el tratamiento de una ITS o del VIH, reconocido por todos los modelos teóricos sobre prevención en salud (Manzelli y Pecheny, 2002) es la información que poseen sobre esas enfermedades. En la encuestas se incluyeron algunas preguntas al respecto, las que se presentan en el cuadro VI.1

¹⁶ Las ITS también son denominadas enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Cuadro VI.1. Porcentaje de encuestados que tienen conocimientos correctos sobre algunos aspectos de las ITS y el VIH/SIDA

Proposición	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% de respuestas correctas						
Si los síntomas de una ITS desaparecen la persona está sana*	77.3	71.8	66.0	68.8	63.3	73.4
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH*	90.1	91.0	89.7	92.3	91.2	89.8
El condón no es efectivo para prevenir el VIH porque tiene poros que permiten pasar el virus**	43.2	37.7	36.4	20.0	35.0	40.0
El SIDA es una enfermedad de los homosexuales**	69.0	85.5	77.3	84.3	72.0	85.5
N	384	401	291	400	600	463

Notas: * De acuerdo.

** En desacuerdo.

La mayoría de los encuestados posee conocimientos correctos sobre la relación entre síntomas y enfermedad y reconoce que el SIDA no es una enfermedad exclusiva de los homosexuales. Este reconocimiento es importante sobre todo por su consecuencia, que es el reconocimiento de la propia vulnerabilidad, reconocimiento que, de acuerdo al modelo de “creencias en salud” (*health belief model*, Rosentock y Becker, 1974), es condición necesaria para la prevención.

La pregunta referida a que una persona que se ve saludable puede sin embargo estar enferma de SIDA es la que da lugar al mayor número de respuestas correctas (con escasas diferencias entre los países). En contraste, son muchos menos los que tienen un conocimiento correcto sobre la utilidad del condón como método de prevención: en todos los países la mayoría adhiere a la idea de que el condón tiene poros pequeños que dejan pasar el virus, en consonancia con la prédica de algunos sectores que se oponen al uso del condón, especialmente desde el ámbito de la iglesia católica. Los hondureños son en este aspecto los peor informados, ya que apenas un quinto de ellos está en desacuerdo con esta afirmación respecto al condón, mientras que en los demás países el desacuerdo oscila entre 35 y 43%. Si la desconfianza mayoritaria frente al condón se traduce – como es de esperar - en que no se lo use con fines de prevención del VIH/SIDA, la situación es altamente preocupante.

VI.2. Conductas de riesgo

Entre la información relevada se encuentra alguna que puede dar indicaciones sobre conductas que aumentan el riesgo de contraer una ITS o el VIH. La cantidad de personas con las se tiene relaciones sexuales simultáneamente o en un lapso corto por ejemplo, es un indicador de conductas de riesgo frente a infección de ITS y/o VIH/SIDA ya que un mayor número de parejas sexuales lleva a una mayor exposición a contraer alguna de estas enfermedades. Encontramos tres patrones diferenciados respecto a la cantidad de parejas sexuales en los seis meses anteriores a la encuesta (cuadro VI.2). En primer lugar aparecen Nicaragua, Panamá y Belice que muestran porcentajes cercanos al 20% de hombres sexualmente activos que tuvieron sexo con tres o más personas en los últimos seis meses. En segundo lugar se ubican Costa Rica y El Salvador con alrededor de un 10% de encuestados en esa situación y por último, Honduras, donde menos del 5% de los entrevistados tuvo este comportamiento.

Otra conducta riesgosa es la práctica de sexo anal sin preservativo. La información que poseemos se refiere a dicha práctica tanto en relaciones sexuales con mujeres como con hombres. Como se observó en el capítulo V la prevalencia de hombres que tuvieron sexo con otros hombres es muy baja en todos los países analizados, lo que hace inadecuada la utilización de distribuciones porcentuales e imposible el análisis en relación con otras variables y la generalización de estos hallazgos a la población general. Sin embargo, es relevante mencionar que la mitad de los hombres que tuvieron sexo con otro hombre en las muestras de las ciudades de Costa Rica, El Salvador, Honduras y Nicaragua, no utilizaron preservativo en su última relación sexual. En contraste, en Panamá sólo 1 entrevistado de los 9 que tuvieron sexo con hombres lo hizo sin preservativo y en Belice todos los 5 hombres que tuvieron sexo con hombres usaron preservativo en su última relación sexual.

En Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá, más de la mitad de los hombres que tuvieron relaciones sexuales anales con mujeres (ya sea con pareja esporádica y/o con pareja estable) no utilizó preservativo la última vez que realizó este tipo de práctica. El mayor porcentaje de no uso de preservativo en relaciones sexuales anales con mujeres se da en Panamá donde llega al 70%, mientras que en Honduras encontramos un porcentaje bastante menor (54.9%) pero que sin embargo sigue involucrando a más de la mitad de los encuestados que realizan este tipo de prácticas.

Cuadro VI.2. Porcentaje de encuestados que ejercieron prácticas sexuales de riesgo

Prácticas sexuales	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Tuvo relaciones sexuales con 3 o más parejas en los últimos 6 meses	17.1	12.4	10.2	4.8	26.0	23.7
N	310	350	244	314	519	425
No usó condón durante sexo anal con una mujer*		66.3	63.6	54.9	64.8	71.5
N		83	55	51	165	137
Consumo de sustancias en la última relación sexual						
Alcohol	10.2	11.4	6.1	9.2	15.6	13.2
Marihuana	3.1	3.4	0.8	1.3	0.6	0.9
Cocaína	--	0.9	0.0	1.3	0.2	0.5
Otra	--	0.6	0.4	0.0	0.4	0.0
N	310	350	244	314	519	425

Nota: * No se consignan los datos de Belice porque más de la mitad de los casos que tuvieron sexo anal con mujeres no contestaron sobre si utilizaron condón.

El uso de sustancias psicoactivas se puede relacionar con prácticas sexuales de riesgo debido a que la capacidad de actuar medítadamente se ve disminuida. Aproximadamente el 10% de los entrevistados de Belice, Costa Rica, Nicaragua y Panamá declararon haber utilizado alcohol en la última relación sexual, siendo ésta la sustancia más utilizada en todos los países. Como se señala en varios trabajos (Gillone, 1995; Miguez, 1998; Zaffaroni, 1996) el alcohol es la principal sustancia de abuso en América latina, mientras que los porcentajes de uso de otras sustancias son mucho más bajos. A pesar de esta evidencia, muchas de las campañas de prevención en el abuso de drogas en América Latina siguen enfocando su atención en las drogas ilegales (marihuana, cocaína) prestando menor atención al tema de las drogas legales (alcohol, tabaco).

En Costa Rica y Belice se encuentran los mayores porcentajes de uso de marihuana en la última relación sexual (alrededor del 3% de los iniciados sexualmente), mientras que en Panamá, Nicaragua y Honduras encontramos los más bajos (que no llegan al 1%). El uso de la cocaína aparece como bastante marginal en todos los países, siendo Honduras el único caso en que supera el 1%.

VI.3. Experiencia de infección y búsqueda de tratamiento

Alrededor del 8% de los encuestados de Belice, Costa Rica, El Salvador y Honduras mencionó haber experimentado alguna ITS (Cuadro VI.3); en Panamá el porcentaje es algo más elevado (11.5%) y en Nicaragua casi se duplica este último porcentaje.

Cuadro VI.3. Porcentaje de encuestados que tuvo o tiene alguna ITS y tipo de ITS

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que tuvo o tiene alguna ITS	8.1	8.3	8.6	8.0	21.2	11.5
N	310	350	244	314	519	425
Tipo de infecciones (respuesta múltiple)						
Sífilis	0.0	3.4	23.8	4.0	8.2	6.1
Gonorrea	88.0	48.3	42.9	72.0	64.5	63.3
Herpes genital	4.0	6.9	9.5	4.0	3.6	8.2
Chlamydia	4.0	0.0	14.3	0.0	0.0	2.0
Condiloma	0.0	3.4	0.0	8.0	2.7	2.0
Otro	4.0	20.7	4.8	8.0	14.5	6.1
Ns/Nr	0.0	20.7	4.8	4.0	6.4	12.2
N	25	29	21	25	110	49

El tipo de infección más mencionada en todos los países es la gonorrea, pero el rango de variación es grande pues mientras en Costa Rica y El Salvador no llega a la mitad de los casos, en Nicaragua y Panamá ronda el 65 %, en Honduras supera el 70 % y en Belice es del 88 por ciento. En El Salvador se registra una prevalencia importante de sífilis y algo menor de chlamydia, enfermedad esta última poco o nada declarada en los demás países. Tanto en Costa Rica como en Managua, la categoría “otros” agrupa a un porcentaje importante de casos. Allí se encuentran enfermedades tales como ladillas, Virus del Papiloma Humano (VPH) e inflamaciones genitales sin identificar. En ninguno de los países se encontraron personas que declararan vivir con VIH/SIDA.

Cuadro VI.4. Porcentaje de encuestados que recibió tratamiento de una ITS y tipo de tratamiento recibido

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que recibió tratamiento	88.0	93.1	100.0	96.0	95.5	93.9
N	25	29	21	25	110	49
Tipo de tratamiento recibido (respuesta múltiple)						
Automedicación casera	13.6	3.7	19.0	0.0	4.8	2.2
Automedicación farmacéutica	18.2	7.4	19.0	8.3	32.4	8.7
Consultorio médico privado	31.8	33.3	66.7	33.3	27.6	28.3
Puesto de salud	45.5	40.7	23.8	50.0	25.7	47.8
Hospital	13.6	11.1	0.0	12.5	8.6	21.7
Sacerdotisa, rezadora, curandero/a	9.1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0
Otra opción	0.0	3.7	0.0	0.0	3.8	0.0
N	22	27	21	24	105	46

Más del 90% de los entrevistados de todos los países que declararon haber experimentado una ITS recibió tratamiento¹⁷. Cuando se analiza el tipo de tratamiento recibido (cuadro IV.4), se advierte que predomina el recurso a los profesionales de salud, ya sea en consultorios médicos privados, el hospital público o los centros de salud. El recurso directo a la farmacia es muy frecuente en Nicaragua y, en menor medida, en Belice y El Salvador. La automedicación casera tiene un peso importante en El Salvador y Belice; y en este último país también lo tienen las formas de medicina tradicional (acudir a una sacerdotisa, rezadora o curandero).

VI.4. Las ITS y la pareja

La mitad o más de los encuestados que mencionaron haber tenido alguna ITS en Panamá, Nicaragua y Honduras, y más de 40% en El Salvador y Costa Rica declaran que cuando sufrieron esa ITS se encontraban sin pareja (cuadro VI. 5). Dado que el contagio tuvo que haber sido por contacto sexual, este dato puede interpretarse de dos maneras: que la infección no fue detectada inmediatamente y que cuando lo fue el encuestado ya no tenía pareja, o que el encuestado no considera “pareja” a la mujer con la que tuvo relaciones sexuales casuales (¿prostitutas, relaciones ocasionales, amigas?) y con quien probablemente contrajo la ITS.

Cuadro VI. 5. Distribución de los encuestados que tuvieron o tienen una ITS según conducta adoptada respecto a la pareja

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Informó a la pareja						
Si	40.0	34.5	23.8	20.0	39.1	32.7
No	28.0	20.7	28.6	8.0	10.0	14.3
No tenía pareja	32.0	44.8	47.6	72.0	50.9	49.0
Ns/Nr	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	25	29	21	25	110	49
Hizo algo para evitar contagiar a su pareja						
Abstención	52.9	43.8	81.8	57.1	59.3	52.2
Usó condón	17.6	12.5	9.1	14.3	9.3	4.3
Nada	11.8	25.0	9.1	28.6	9.3	17.4
Otro	5.9	6.3	0.0	0.0	22.2	21.7
Ns/Nr	11.8	12.5	0.0	0.0	0.0	4.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	17	16	11	7	54	23

De los encuestados que sí tenían pareja en el momento de que se les diagnostica o advierten que tienen una ITS, la mayoría le informa a su pareja y utiliza la abstención sexual como la principal forma para evitar contagiarla. En Costa Rica, Honduras y Panamá, no hacer nada para evitar contagiar a la pareja es más frecuente que usar preservativo con ese fin (Cuadro VI.5). En los dos primeros países esa fue la conducta de alrededor de una cuarta parte de los varones infectados.

En el caso de Nicaragua y Panamá encontramos un alto porcentaje en la categoría “otro” tipo de acción para evitar contagiar a su pareja. Allí aparecen acciones tales como búsqueda de atención médica en forma individual o junto con la pareja y el tratamiento farmacológico sin la interrupción de las relaciones sexuales.

¹⁷ El porcentaje es algo menor en Belice donde hay un 8% que no responde.

CAPITULO VII. ROLES CONYUGALES Y PTERNOS

En este capítulo se analizan algunos aspectos relacionados con los roles conyugales y paternos. Se incluyen entre los roles conyugales aquellos que tiene que ver con el apoyo del varón a la mujer en su rol materno comenzando por el embarazo y el parto, examinando algunos de los conocimientos que el varón debería tener en relación a un embarazo saludable para luego pasar al acompañamiento concreto en los controles prenatales y en el parto mismo.

Respecto al rol paterno se analizaran algunos indicadores de actitudes hacia la división por géneros de la responsabilidad hacia el cuidado de los hijos y la dedicación efectiva de los padres hacia ellos.

VII.1. Conocimientos sobre embarazo y lactancia

Contribuir a una maternidad segura puede concebirse como uno de los roles conyugales cruciales. Para ello es necesario que los hombres tengan conocimientos correctos sobre algunas situaciones que pueden poner en riesgo a la madre y al hijo.

Las preguntas se dirigieron a dos aspectos esenciales: el espaciamiento entre embarazos y el sangrado vaginal como señal de alerta.

La proposiciones que se refería a la necesidad de un espaciamiento de dos años entre embarazos fueron respondidas correctamente por alrededor del 90% de los hombres, excepto en Panamá. Es preocupante, sin embargo, que en relación a la normalidad del sangrado vaginal durante el embarazo, los porcentajes de respuestas que indicaban un conocimiento correcto apenas superan el 60% en Costa Rica y El Salvador, son el 65% en Honduras y rondan el 70% en Nicaragua y Panamá. Estos porcentajes indican una porción no desdeñable de hombres, siempre superior a una cuarta parte, que no reaccionaría adecuadamente frente al sangrado vaginal de su pareja embarazada (cuadro VII.1).

Cuadro VII.1. Porcentaje de encuestados que tienen conocimientos correctos sobre aspectos de la maternidad y la lactancia

Proposiciones	Ciudad de Belice***	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que tiene conocimiento correcto sobre maternidad segura						
Para proteger su salud la mujer debe esperar dos años entre un hijo y otro*		89.5	87.6	89.5	90.7	63.3
No es normal que una mujer embarazada tenga sangrado vaginal**		62.1	61.5	65.0	68.8	73.2
% que tiene conocimiento correcto sobre lactancia						
La leche de lata o en polvo es mejor que la leche materna**	79.7	96.5	92.1	92.3	94.2	96.8
N	384	401	291	400	600	463

Notas: * De acuerdo;

** En desacuerdo.

*** No se consignan los datos de Belice porque la no respuesta es de 28.6% para el ítem "para proteger su salud la mujer debe esperar dos años entre un hijo y otro", y de 33.1% para el ítem "no es normal que una mujer embarazada tenga sangrado vaginal".

Respecto a los beneficios del amamantamiento la situación es diferente, ya que más del 90% de los hombres en todas las ciudades, excepto Belice, saben que la leche materna es más beneficiosa que los sustitutos.

VII.2. Desempeño de roles conyugales

Las preguntas sobre conocimientos se hicieron al total de los varones encuestados pero las referidas al desempeño concreto de los roles conyugales y paternos sólo se hicieron a aquellos que tenían al menos un hijo. Se examinara primero el desempeño de algunos roles conyugales relacionados con el acompañamiento en el parto y en la atención previa al mismo.

Una gran parte de los hombres dicen que en el último parto la pareja tuvo atención prenatal; los porcentajes son siempre superiores al 80% excepto en El Salvador. Pero no en todos los casos el hombre acompañó a su compañera a la atención prenatal como se puede ver en el cuadro VII.2.

Cuadro VII.2. Acompañamiento durante la atención prenatal y el parto

	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador**	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Atención prenatal del último parto						
% de parejas que tuvo atención prenatal	81.1	88.3	70.3	92.5	88.3	92.8
% que acompañó a la pareja alguna vez	58.0	77.0	68.8	75.2	64.5	83.3
% que acompañó a la pareja en algún parto						
	70.6	42.3		78.9	72.6	74.9
Dónde estaba durante el parto (la última vez que la acompañó)						
En casa en el mismo cuarto		8.5		1.6	3.7	1.9
En casa en otro cuarto		1.1		0.0	2.3	1.3
En sala de parto		35.1		3.9	3.2	5.8
En sala de espera		52.1		94.5	86.6	86.5
Otro		0.0		0.0	3.2	4.5
Ns/Nr.		3.2		0.0	1.0	0.0
Total		100.0		100.0	100.0	100.0
N		94		127	217	155

Notas: * No se consignan los datos de Belice para la variable "dónde estaba durante el parto" (la última vez que la acompañó) porque la no respuesta es de 31.4%.

** No se consignan los datos de San Salvador para la variable "dónde estaba durante el parto" (la última vez que la acompañó) porque se cometió un error de flujo por lo cual no se hizo la pregunta a 41 encuestados, que representan el 22.5% de los que deberían contestarla.

En cuanto al acompañamiento durante el parto (esta pregunta se refirió a "alguna vez", es decir a alguno de los partos para aquellos que tenían más de un hijo), salvo en Costa Rica donde apenas un 42% acompañó a su pareja, entre el 70 y casi el 80% sí lo hicieron. La pregunta no permite saber si esa es una conducta habitual entre los hombres que tuvieron más de un hijo o si la acompañaron en una sola ocasión.

De aquellos que acompañaron a su pareja al parto, la mayoría permaneció en la sala de espera, pero esta conducta no puede ser evaluada como indicando falta de compromiso, ya que en estos países la mayoría los establecimientos de salud no permiten que el padre esté presente en la sala de parto. Este tipo de acompañamiento fue más frecuente en Costa Rica y Belice y muy infrecuente en los demás lugares. Es muy interesante, sin embargo, que en los pocos casos de partos domiciliarios la presencia en el mismo cuarto en que tenía lugar el parto es más frecuente que la espera en otro lugar de la casa (excepto en Belice), lo que sugeriría que existe una

disposición a acompañar de cerca el proceso, que puede realizarse cuando el parto es domiciliario pero que es frustrada por las instituciones hospitalarias.

VII.3. Actitudes hacia el rol paterno

Como dice Marsiglio (1995:1), el interés respecto a la paternidad emerge a raíz de los cambios en las estructuras de las familias, al aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo y su potencial impacto sobre la división de roles hogareños y los debates sobre la influencia que los hogares monoparentales puedan tener sobre el bienestar de los niños. Y también por el accionar de los movimientos feministas y, más recientemente, de los movimientos integrados por hombres (Kornblit, Petracci y Mendes Diz, 1998: 182; Lupton y Barclay, 1997: 1).

Ya desde las últimas décadas del siglo XX se viene señalando que se estarían produciendo cambios –aunque lentos- en las concepciones sobre la paternidad y en el ejercicio mismo del rol paterno en las sociedades occidentales (Daly, 1995: 2), “cambios en las concepciones masculinas de sus atribuciones como padres y en sus prácticas paternas” (Viveros Vigoya, 2000: 92). “Se cuestiona... la división sexual del trabajo, especialmente por las mujeres, que plantean que las actividades domésticas, de crianza y acompañamiento de los/as hijos/as deben ser compartidas entre hombres y mujeres” (Olavarría, 2001: 31)

Las actitudes hacia el rol paterno fueron medidas, como se hizo en otros temas ya analizados, mediante proposiciones sobre las cuales los encuestados debían expresar su acuerdo total o parcial o su desacuerdo. Dos de las proposiciones tocaban temas de responsabilidad respecto a los hijos y las otras dos iban dirigidas a explorar actitudes frente a la división genérica del cuidado cotidiano de los hijos. (cuadro VII. 3).

Cuadro VII.3. Porcentaje de encuestados que sostienen definiciones de los roles paternos según las cuales las responsabilidades y tareas corresponden a la mujer/madre

Proposiciones	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Si el hombre embaraza a una mujer el hijo/a es responsabilidad de ambos**	2.3	1.5	3.1	1.0	2.3	4.8
Es muy importante que el padre esté presente en la vida de sus hijos aunque ya no tenga nada que ver con la mujer**	2.1	3.2	2.7	1.5	1.7	9.3
El hombre puede cuidar a los hijos tan bien como la mujer**	9.6	8.2	10.3	9.8	9.0	13.0
Cambiar los pañales es tarea de la madre*	34.4	19.2	33.3	13.8	33.0	17.7
N	384	401	291	400	600	463

Notas: ** Se sumaron las respuestas “parcialmente de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”.
* Respuesta “en desacuerdo”.

Puede observarse en el cuadro VII.3 que en todos los países son pocos los que depositan en la mujer la responsabilidad exclusiva sobre los hijos en caso de embarazo o en caso de separación (al expresar desacuerdo respecto a la responsabilidad compartida). Sin embargo el rango de variación es amplio dentro de valores bajos y se registra un máximo en la ciudad de Panamá en ambos casos. Algo más elevada fue la reacción negativa frente a la propuesta de que hombres y mujeres pueden cuidar a los hijos por igual, nuevamente con el máximo valor en Panamá, pero con poca dispersión en los porcentajes.

Muchos más varones acordaron con que cambiar los pañales es tarea de la madre, llegando a un tercio de los casos en Belice, El Salvador y Nicaragua. Pero esta propuesta, que apunta a compartir un aspecto instrumental en el cuidado del bebé es, si se lo mira bien, aceptada por la gran mayoría de los hombres. En Belice, Costa Rica, Honduras y Nicaragua hay una relación directa significativa ($p=0.000$) con la variable educación: a mayor nivel educativo mayor la proporción de hombres que no creen que cambiar pañales sea tarea exclusiva de la madre. Y en Costa Rica, Nicaragua y Honduras a mayor edad mayor la proporción de hombres dispuestos a

compartir la tarea, aunque la relación sólo es significativa en los dos primeros países (p= 0.001)

En resumen, no parece que los hombres de estas ciudades centroamericanas tengan una visión de roles genéricos de estilo “tradicional”, que deposita las tareas y responsabilidades en el cuidado de los hijos principalmente en la mujer. Sin embargo, como en otros casos, es probable que ya las poblaciones saben dónde se encuentra lo “políticamente correcto” y responden en consecuencia y se deben encontrar formas más sutiles para detectar actitudes. En ese sentido, parecen más eficaces las preguntas sobre conductas concretas (cambiar los pañales) que sobre valores generales (responsabilidad paterna).

VII.4. Desempeño de roles paternos

Antes de analizar el desempeño de los roles paternos, se mostrara el contexto en que éste se desarrollará, en términos de la composición de la población de varones encuestados según hijos tenidos e hijos planeados.

Como se puede ver en el cuadro VII. 4, alrededor de la mitad de los hombres de la muestra en Belice, Honduras y Panamá no tenían hijos, así como alrededor de dos quintos en Costa Rica y Nicaragua y cerca de una cuarta parte en El Salvador. Estas diferencias se explican por una combinación entre las diferencias en la composición por edad y por estado conyugal de las muestras y por las diferencias en la fecundidad.

Cuadro VII.4. Distribución de los encuestados sexualmente iniciados según número de hijos tenidos

Número de hijos	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
0	49.8	36.5	23.8	48.6	42.3	49.2
1	16.8	20.6	14.3	18.2	20.6	18.1
2	13.0	20.0	35.2	16.6	17.0	16.5
3	10.9	14.0	18.4	8.3	8.3	9.2
4 y más	9.1	8.9	6.1	8.3	11.6	4.9
Ns/Nr	0.4	0.0	2.0	0.0	0.2	2.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	285	350	244	314	519	425

En un buen número de casos, los hijos no fueron planeados, situación que se agudiza a medida que el número de hijos crece (cuadro VII.5). En efecto, si más del

60% de los encuestados (excepto en Honduras) que tuvieron un hijo declararon que éste había sido planeado, entre los que tuvieron 4 y más hijos los porcentajes que declaran haberlos planeado oscilan entre el 19 y el 40% (excepto en Nicaragua)

Cuadro VII.5. Porcentaje de padres que planearon todos los hijos que tuvieron, según número de hijos efectivamente tenidos

Número de hijos tenidos	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
1	64.6	64.4	70.6	52.6	68.2	68.8
2	48.6	57.7	46.0	38.5	55.7	35.7
3	61.3	55.3	46.7	34.6	53.5	33.3
4 y más	34.6	38.7	40.0	19.2	62.7	33.3

Seguidamente se explorará el desempeño de roles paternos. Se centró la atención de los padres encuestados en el hijo/a menor y se hicieron preguntas relativas al grado de compromiso de tiempo y de recursos (económicos y afectivos) de los padres hacia ese hijo/a. Las respuestas se reflejan en el cuadro VII. 6.

Cuadro VII.6. Cuidados y mantenimiento del hijo/ la hija menor por parte de los encuestados que son padres

Dedicación al último hijo	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador*	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Distribución de los padres encuestados según tiempo dedicado al hijo/a menor						
Diariamente	73.4	59.0	60.6	74.6	67.6	73.9
Algunas veces a la semana	9.8	18.0	8.2	4.3	9.7	15.5
Una vez por semana	3.5	7.2	4.9	8.1	5.7	2.9
Menos de una vez por semana	6.3	8.6	2.1	2.5	8.3	4.8
Otro	4.2	0.5	0.0	0.6	1.7	0.5
Nunca	1.4	5.0	2.7	9.9	6.7	1.4
Ns/Nr.	1.4	1.7	21.5	0.0	0.3	1.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	143	222	182	161	299	207
% de padres que brindan cada tipo de cuidado o mantenimiento al hijo/a menor						
Dinero	4.9	91.0	69.2	77.6	88.6	89.9
Comida	75.5	80.8	64.3	61.5	71.2	85.0
Cuidado y atención	64.3	78.8	62.6	68.3	66.6	84.1
Ropa	81.1	75.7	52.2	57.8	70.6	84.1
Otros	11.2	0.0	3.3	0.0	6.4	0.4
Nada	0.7	5.9	3.8	9.3	8.0	3.4
Ns/Nr.	0.0	1.8	0.5	0.0	0.3	1.0
N	143	222	182	161	299	207

Nota: * No se consignan los datos de San Salvador para la variable tiempo dedicado al hijo menor porque la no respuesta es de 21.5%.

La mayor parte de los padres dedica tiempo diariamente a sus hijos, pero no son desdeñables los casos en que el tiempo dedicado es menor, como en los casos de Costa Rica y Nicaragua en que más del 8% sólo le dedica tiempo menos de una vez por semana, el caso de Honduras en que el 10% nunca le dedica tiempo y en el mismo sentido, aunque en menor grado, los casos de Nicaragua y Costa Rica.

En la mayoría de los casos el varón asume el rol proveedor respecto a sus hijos (de lo cual se ha tomado aquí como ejemplo la conducta hacia el hijo menor). Así, son absoluta mayoría los que proveen dinero (excepto en Belice), comida y ropa. El ítem referido a la provisión de cuidado y atención, que apuntaba a aspectos más relacionados con la afectividad, también recoge mayoría de respuestas positivas, aunque en general menos que las referidas al dinero. En todas las ciudades un porcentaje pequeño de hombres dicen que no brinda nada a su hijo menor, con un máximo de más de 9% en Honduras.

CAPÍTULO VIII. VIOLENCIA

VIII.1. Introducción

La mayoría de los trabajos que relacionan el tema de la violencia con la salud sexual y reproductiva lo hacen a través de las consecuencias que tiene el ejercicio de la aquella sobre ésta (Bott y Jejeebhoy, 2003; Ellsberg, 2003; Figueroa, Stern y Medina, 1999; Heise, Moore y Toubia, 1995a y 1995b ; Population Council, 2004; Population Reports, 1999). Diversos estudios han mostrado, por ejemplo, que una importante proporción de las mujeres que son violentadas por sus parejas lo son durante el embarazo, con consecuencias en la salud de la mujer y en la del futuro niño (Ramírez Rodríguez y Vargas Becerra, 1998). Sin embargo, aunque la violencia de género tiene consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva y aunque se torna indispensable la utilización del enfoque de género en el análisis de ambos tipos de fenómenos, consideramos que la violencia de género no puede ser subsumida en la salud sexual y reproductiva, sino que se trata de fenómenos de distinta índole.

En este capítulo se da cuenta de las actitudes y conductas de los entrevistados sobre violencia de género. Este término es utilizado comúnmente como sinónimo de violencia contra las mujeres, la que es definida, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres (Naciones Unidas, 1993) como "... cualquier acto de violencia basada en el género que resulta en, o es proclive a que resulte en, daños o sufrimiento físico, sexual o psicológico hacia las mujeres, incluyendo amenaza de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la vida privada". Sin embargo, esta definición de violencia de género posiciona a las mujeres como víctimas y a los hombres como perpetradores, y define de hecho la violencia sexual como algo que los hombres hacen a las mujeres, invisibilizando otros tipos de comportamientos (hombres contra hombres, mujeres contra mujeres y mujeres contra hombres).

Desde una postura constructivista social, se sostiene que lo que se entiende o deja de entender por violencia es construido socialmente, ha variado a lo largo del tiempo y refleja relaciones de poder. Desde esta postura, Muehlenhard y Kimes (1999) muestran que, pese a que el concepto parece sencillo, no existe una forma metodológicamente perfecta de capturarlo y que distintas definiciones reflejan intereses de diversos grupos de personas. Las autoras señalan que "las definiciones de términos como violencia sexual o violencia doméstica tienen el poder de etiquetar algunos actos negativamente, mientras que ignora e, implícitamente, perdona otros actos. La forma en que son definidos estos términos interviene en cómo la gente etiqueta, explica, evalúa y asimila su propia experiencia. Además, las definiciones de

estos términos contiene numerosos supuestos sobre el poder y la coerción, la sexualidad y el género” (Muelenhard y Kimes, 1999: 234-235).

Las investigaciones que han encarado el tema de la violencia de género, en su mayoría han preguntado a las mujeres sobre sus experiencias como víctimas (Alksnis *et al.* 2000; Moore 2003; Pantelides y Geldstein, 1999; Moore, 2003; Suárez y Menkes, 2004; Ramírez Rodríguez y Vargas Becerra, 1998). Por otro lado, las investigaciones que tienen dentro de su universo de análisis a los hombres, pueden clasificarse en: a) las que analizan a los hombres exclusivamente como perpetradores de violencia de género (Murray y Henjum, 1993; Reilly *et al.*, 1992; Senn *et al.*, 2000); b) investigaciones comparativas entre varones y mujeres como perpetradores y como víctimas de violencia (Bott y Jejeebhoy, 2003; Cáceres, 2000; Ellsberg, 2003; Forbes y Adams-Curtis, 2001; Halpern *et al.*, 2001; Haworth-Hoepfner 1998; O’Sullivan, Byers y Finkelman, 1998; Patel *et al.*, 2003; Rosenthal, 1997; Rotundo, Nguyen y Sackett 2001; Zimmerman *et al.* 1995); y c) investigaciones que analizan la exposición de los varones a experiencias de violencia y el significado que tienen para ellos estos eventos (Fiebert, 2000; O’Sullivan y Byers, 1993; Struckman-Johnson y Struckman-Johnson, 1994). En esta investigación se ha preguntado a los hombres sobre su experiencia como perpetradores y como víctimas de violencia, tanto en el contexto de la pareja como en la niñez.

VIII.2. Actitudes hacia la violencia

Cuando se analiza las actitudes hacia la violencia (cuadro VIII.1) encontramos que menos del 20% de los entrevistados en todos los países justifica la violencia bajo diferentes circunstancias, observándose los mayores porcentajes en Belice, Nicaragua y Panamá. Resulta interesante resaltar que el porcentaje de respuestas que justifican el ejercicio de la violencia por parte de la mujer hacia el hombre en caso de infidelidad duplican en casi todos los países las actitudes que justifican el ejercicio de la violencia del hombre hacia la mujer bajo las mismas condiciones. Estas respuestas son difíciles de interpretar, pues parecen responder más bien a una concepción abstracta de que los hombres no pegan a las mujeres, como se verá más adelante cuando se plantean preguntas más concretas sobre el tema.

En todos los países aparece con un porcentaje menor al 10% la concepción de que la mujer debe aguantar la violencia del marido para mantener unida a la familia, con la excepción de Nicaragua. Dentro de porcentajes relativamente bajos, sin embargo hay importantes variaciones entre países en términos relativos. Por ejemplo, la justificación de la violencia contra la mujer en caso de infidelidad recoge seis veces

más adhesiones en Belice que en Costa Rica; el porcentaje que justifica la violencia opuesta (de la mujer hacia el hombre) en Belice más que duplica el de los que lo hacen en Costa Rica, El Salvador y Honduras; y el porcentaje de los que creen que la mujer debe soportar la violencia en aras de la unidad de la familia en Nicaragua más que triplica a los que así piensan en Costa Rica y Honduras.

Cuadro VIII.1. Porcentaje de encuestados que está de acuerdo con el uso de la violencia en distintas situaciones*

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Si la mujer traiciona al hombre, él puede golpearla	11.7	2.0	4.1	2.3	7.8	8.4
Si el hombre traiciona a la mujer, ella puede golpearlo	18.8	7.5	8.2	8.3	13.8	15.1
La mujer debe aguantar la violencia de parte del marido para mantener la unidad de la familia	9.6	3.7	7.6	3.8	13.3	6.0
N	384	491	291	400	600	463

Nota: * Se sumaron las respuestas "totalmente de acuerdo" y "parcialmente de acuerdo".

Los porcentajes hasta aquí comentados son en general más bajos que los que se obtienen cuando las propuestas se refieren a la agresión física contra la pareja (cuadro VIII. 2). En todas las ciudades la agresión física contra la pareja se justifica principalmente cuando ella no cuida bien a los hijos (alcanzando a más de la tercera parte de los entrevistados en la ciudad de Belice y en Nicaragua), cuando ella traiciona a su esposo y cuando ella bebe o tiene otros vicios (cuadro VIII.2). Pero son muchos menos los que justifican la agresión cuando la pareja visita a sus amigas sin permiso o cuando se rehusa a tener relaciones sexuales con el marido. Los porcentajes más altos de acuerdo con la agresión se dan en Belice y Nicaragua en todos los ítems investigados, mientras que los más bajos están generalmente en Honduras y Panamá.

Cuadro VIII.2. Porcentaje de encuestados que justifica la agresión física del hombre contra su pareja en distintas situaciones*

La agresión física de un hombre a su pareja se justifica cuando:	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Ella se comporta o se viste de forma provocativa	31.0	11.5	13.7	7.5	15.5	8.4
Ella bebe o tiene otros vicios	30.5	20.0	20.6	14.3	29.8	13.4
Ella no cumple con sus quehaceres domésticos	16.7	16.7	17.2	9.3	24.7	11.4
Ella no cuida bien a los hijos	37.8	23.2	24.5	15.8	34.2	16.6
Ella no quiere tener relaciones sexuales en el momento en que el hombre lo desea	16.4	6.2	12.4	2.3	11.8	6.0
Ella traiciona a su pareja	37.5	22.4	24.1	12.5	32.5	23.8
Ella visita a sus amigas sin permiso	12.5	9.0	12.4	3.0	15.8	6.7
N	384	401	291	400	600	463

Nota: * Se sumaron las respuestas “totalmente de acuerdo” y “parcialmente de acuerdo”.

Las preguntas relativas a la infidelidad de la mujer (en general) y a la traición a la pareja son directamente comparables, sin embargo, las respuestas de acuerdo con la segunda propuesta son varias veces superiores a las relativas a la mujer “en general. Quizás es más fácil estar en desacuerdo respecto a la violencia contra la mujer “abstracta” que hacerlo cuando se trata de la propia y cuando se especifican causas concretas. También es posible que la misma enunciación de causas que justificarían la agresión por parte del encuestador haya producido una sensación de “permiso” para reconocer lo que de otra manera sería difícil declarar.

VIII.3. El hombre como perpetrador de violencia

El ejercicio de conductas de control y violencia verbal por parte de los entrevistados hacia sus parejas aparece en mayor medida en Belice y Nicaragua (cuadro VIII.3). En las ciudades de Nicaragua, por ejemplo, una tercera parte de los entrevistados que tienen o tuvieron alguna vez pareja declaran haber controlado con quién sale la pareja por lo menos una vez. Entre las agresiones verbales el insulto aparece como la más frecuente en todos los países.

Cuadro VIII.3. Porcentaje de encuestados que ejerció cada una de las conductas de control y de violencia verbal hacia su pareja*

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Controlar con quién ella sale	26.5	21.2	21.7	19.5	31.8	15.1
Insultarla	28.7	11.8	17.3	19.8	22.0	16.4
Humillarla	17.5	4.4	8.3	8.6	8.7	5.2
Amenazarla	16.4	6.1	5.1	7.7	6.4	5.6
Otros	5.6	0.8	2.5	0.0	1.3	0.2
N	268	363	277	349	519	444

Nota:* Se sumaron las categorías “con frecuencia”, “ más de una vez pero infrecuentemente” y “una vez”.

En cuanto al ejercicio de violencia física, nuevamente aparecen en Nicaragua y en Belice las prevalencias más altas de este tipo de conductas, mientras que El Salvador y Honduras presentan las más bajas (cuadro VIII.4). En todos los países el comportamiento violento más frecuente es el empujón, seguido por el puñetazo y la bofetada.

Cuadro VIII.4. Porcentaje de encuestados que ejerció cada uno de los tipos de agresiones físicas contra su pareja*

Tipos de agresión física	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Puñetazo	6.7	5.5	5.1	5.2	13.7	5.4
Bofetada	9.3	4.4	2.9	3.4	7.3	9.0
Patada, puntapié	2.2	1.4	2.5	2.6	3.5	2.9
Empujón	13.4	11.3	9.7	8.6	15.8	10.1
Tirón de pelo	3.7	2.5	1.4	2.6	3.9	2.5
Otros tipo de agresión	3.4	0.8	1.5	0.3	2.9	0.5
Ejercicio de violencia del encuestado contra la pareja (resumen) **						
Ejercieron violencia	21.6	16.8	12.6	12.3	27.4	16.9
N	268	363	277	349	519	444

Notas * Se sumaron las categorías “con frecuencia”, “ más de una vez” y “una vez”.

**Para la construcción de esta variable se tuvieron en cuenta todos los entrevistados que habían ejercido al menos uno de los tipos de violencia, al menos una vez.

Dada las dificultades sobre las declaraciones de ejercicio de violencia (que se analizan más adelante) es difícil decir cuál es la real magnitud de este problema de salud pública.

Una medida resumen que muestra el porcentaje de los que alguna vez ejercieron violencia física contra sus parejas muestra nuevamente lo ya dicho:

Nicaragua y Belice, en ese orden, con las frecuencias más altas y Honduras y El Salvador con las más bajas.

En los cuadros VIII.5 y VIII.6 se analiza el ejercicio de violencia según nivel educativo y según grupos de edad de los encuestados. Una relación inversa entre ejercicio de violencia y nivel educativo solo se observa en Costa Rica, donde es estadísticamente significativa ($p= 0.010$).

Cuadro VIII.5. Porcentaje de encuestados de cada nivel educativo que ejercieron violencia contra sus parejas*

Nivel educativo	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Hasta primario incompleto	66.7	33.3	20.0	10.9	26.7	30.0
Primario completo hasta secundario incompleto	20.6	16.0	12.4	10.8	30.9	16.2
Secundario completo y más	22.1	11.2	10.8	15.6	23.3	18.1
N	268	363	277	349	519	425

Nota: * Para la construcción de esta variable se tuvieron en cuenta todos los entrevistados que habían ejercido al menos un tipo de violencia, al menos una vez.

A excepción de Panamá, donde los porcentajes más altos de hombres que declaran haber ejercido violencia contra su pareja se encuentran en el grupo etario de 25 a 34 años, en todos los demás países los porcentajes más altos se observan en los hombres de mayor edad. La relación directa entre ejercicio de violencia y edad resultó ser estadísticamente significativa solamente para los casos de El Salvador ($p=0.007$) y Honduras ($p=0.001$).

Cuadro VIII.6. Porcentaje de encuestados de cada grupo de edad que ejerció violencia contra sus parejas*

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
15-24 años	20.3	13.9	5.9	4.3	27.2	14.1
25-34 años	18.1	15.2	14.3	16.1	23.9	20.6
35-44 años	30.8	21.8	20.5	19.8	31.5	18.6
N	268	363	277	349	519	425

Nota: *Para la construcción de la variable "ejercicio de violencia" se tuvieron en cuenta todos los entrevistados que habían ejercido al menos uno de los tipos de violencia, al menos una vez.

Los motivos por los cuales los entrevistados justifican haber ejercido violencia contra sus parejas (actuales o del pasado) son variados. En Tegucigalpa, las ciudades de Nicaragua y en la ciudad de Panamá, los celos aparecen como la categoría más mencionada como motivo de la agresión física.

Cuadro VIII.7. Distribución de los encuestados según motivos para el ejercicio de violencia contra sus parejas

Motivos para el ejercicio de la violencia	Ciudad de Belice**	San José de Costa Rica	San Salvador***	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Desmoralización, falta de respeto		1.6		14.0	12.0	10.7
Celos		4.9		25.6	24.8	24.0
Respuesta a la agresión de la mujer		32.8		11.6	14.1	20.0
Ella le estaba reclamando		6.6		16.3	23.9	13.3
Otros		50.8		25.6	21.0	18.7
N.S/N.R *		3.3		6.9	4.2	13.3
Total		100.0		100.0	100.0	100.0
N		61		43	142	75

Notas: * En Panamá se agregaron a la categoría “no sabe” casos de entrevistados que tenían que responder pero no les fue hecha la pregunta (equivalentes a 10.7%).

** No se consignan los datos de Belice porque la no respuesta es de 56.9%.

*** No se consignan los datos de El Salvador porque la no respuesta es de 28.4%.

La categoría “otros” es especialmente alta en Costa Rica y Honduras.

Encontramos agrupados allí violencia debida a discusiones y peleas por motivos diversos (lo que en el caso de Costa Rica es mencionado por el 10% de los entrevistados que ejercieron violencia), por el consumo de alcohol y/o drogas por parte de él, por problemas con los niños.

Los hematomas fueron las consecuencias de las agresiones físicas sobre las mujeres más mencionadas en todas las ciudades (26.4% en Nicaragua, 20.9% en Honduras, 20.0% en Panamá, 15.5% en Belice, 14.8% en Costa Rica y 14.3% en El Salvador). Las heridas sólo superan el 5% de en Panamá y Nicaragua; mientras que en El Salvador se encuentra un 5.7% de casos de quemaduras.

Los casos declarados de violencia cuando la mujer estaba embarazada fueron de 11.5% en Nicaragua, 9.3% en Honduras, 8.6% en El Salvador, 5.3% en Panamá, 5.2% en Belice y 4.9% en Costa Rica, siempre sobre el total de encuestados que ejercieron algún tipo de violencia sobre su pareja.

VIII.4. Entorno de violencia en la pareja y el hombre como víctima de violencia

Como se señaló anteriormente, también se tuvo en cuenta en esta investigación indicadores que dieran cuenta de la experiencia de los hombres como víctimas de violencia. Al comparar la prevalencia de ejercicio de violencia por parte de las mujeres contra los hombres (cuadro VIII.8) con la prevalencia de ejercicio de violencia de hombres contra las mujeres (cuadro VIII.4) siempre según lo declarado por los hombres, se observa que, con excepción de Nicaragua, en todos los países hay un mayor porcentaje de hombres que declaran haber sufrido violencia por parte de su pareja que haber ejercido violencia hacia su pareja¹⁸. Una hipótesis para interpretar este hallazgo es que la violencia femenina aparece sobrestimada y la violencia masculina subestimada ya que “la gente es reacia a verse a sí misma como violenta” (Muehlenhard y Kimes, 1998: 237). Sin embargo, esta interpretación no tiene en cuenta algunos elementos constitutivos de la construcción de la masculinidad hegemónica (Connell 1995) según la cual el hombre debe aparecer teniendo el poder y el control de la situación, lo cual lo inhibiría de mostrarse como víctima de la mujer. Otra hipótesis, que consideramos de mayor poder explicativo y que matiza este hallazgo, dice que cuando las situaciones de violencias son definidas desde los propios actores no siempre es fácil establecer quién es la víctima y quién el perpetrador (Muehlenhard y Kimes, 1998: 237). En este sentido, la suma de los comportamientos de violencia en la que las mujeres son perpetradoras y los comportamientos de violencia en la que los hombres son perpetradores (sin duplicar los que mencionan violencia en uno y otro contexto) da una imagen más general de episodios de violencia. Llamamos a la variable así construida “entorno de violencia”, que muestra la frecuencia en la que alguno o ambos miembros de la pareja ejercieron algún acto de violencia, por lo menos una vez.

¹⁸ Cabe señalar que para algunas pensadoras feministas una postura que contemple que tanto varones como mujeres pueden ser víctimas y victimarios de violencia sexual daría letra a un pensamiento conservador que sostiene fundamentos del tipo “si todos son violentos, no hace falta defender a las mujeres víctimas de violencia doméstica o violaciones” (frase citada en Muehlenhard y Kimes, 1998, a la que estas autoras no adhieren). En este trabajo se coincide con el pensamiento feminista de que los riesgos de violencia son diferenciales por género (Morrison, Ellsberg y Bott, 2004: 1), aunque se considera que la definición de violencia de género tendría que tener en cuenta los riesgos diferenciales de mujeres, pero también de hombres y personas que no se identifiquen genéricamente a partir de su sexo biológico, en participar o ser víctima de comportamientos violentos con base en su sexualidad.

Cuadro VIII.8. “Entorno de violencia” en la pareja*

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Ejercieron o fueron víctimas de violencia	36.9	25.3	22.0	22.6	35.8	28.0
N	268	363	277	349	519	425

Nota: *Para la construcción de esta variable se tuvieron en cuenta todos los entrevistados que habían participado en al menos un tipo de violencia, (cualquiera fuera el perpetrador de la misma), al menos una vez.

Las ciudades en las que se registran mayores porcentajes de violencia en ambos sentidos son las mismas que aparecían cuando se analizaba el ejercicio de violencia por parte de los hombres: Belice y Nicaragua (cuadro VIII.8). En Belice, Costa Rica y Panamá se encuentran las mayores frecuencias de existencia de entorno de violencia en el nivel bajo de educación (hasta primario incompleto) mientras que en El Salvador y Nicaragua los mayores porcentajes los encontramos en los niveles medios de educación (hasta secundario incompleto) (cuadro VIII.9). La ciudad de Honduras es el único lugar donde un mayor porcentaje de entornos violentos se encuentra entre los hombre de nivel educativo alto (secundario completo y más).

Cuadro VIII.9. Porcentaje de encuestados que declararon “entorno de violencia” en la pareja* para cada nivel educativo

Nivel educativo	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Hasta primario incompleto	66.7	38.9	22.5	19.6	36.7	40.0
Primario completo hasta secundario incompleto	36.8	24.5	25.8	21.6	40.6	27.5
Secundario completo y más	36.8	22.5%	19.4	25.7	30.0	27.8
N	268	363	277	349	519	425

Nota: *Para la construcción de esta variable se tuvieron en cuenta todos los entrevistados que habían participado en al menos uno de los tipos de violencia (cualquiera sea el perpetrador de la misma), al menos una vez.

Cuando anteriormente se analizó el ejercicio de la violencia según la edad de los varones perpetradores (VIII.6) se encontró que en casi todos los países los mayores porcentajes de ejercicio de violencia se daban en el grupo de mayor edad. En el caso de los hombres que declaran entornos violentos (VIII.10) la situación es

distinta, ya que en Costa Rica y El Salvador la frecuencia de entornos violentos aumenta a medida que aumenta la edad de los encuestados, mientras que en los demás países no se advierte una relación clara entre entorno violento y edad.

Cuadro VIII.10. Porcentaje de encuestados que declararon entorno de violencia en la pareja* para cada grupo de edad

Grupos de edad	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
15-24 años	35.3	20.4	16.8	12.9	35.0	27.6
25-34 años	38.6	24.0	20.0	29.7	34.6	29.4
35-44 años	38.5	33.7	30.7	28.6	38.5	26.5
N	268	363	277	349	519	425

Nota: *Para la construcción de esta variable se tuvieron en cuenta todos los entrevistados que habían participado en al menos uno de los tipos de violencia (cualquiera sea el perpetrador de la misma), al menos una vez.

El tipo de comportamiento violento más frecuente del que los hombres son víctimas es el empujón, el mismo que era mencionado cuando las mujeres eran las víctimas de las agresiones físicas de los hombres (cuadro VIII.6). Sin embargo, en el caso de la violencia ejercida por las mujeres hay mayor mención de comportamientos violentos que incluyen bofetadas, puñetazos y tirones de pelo.

Cuadro VIII. 11: Porcentaje de encuestados que declaran haber sufrido cada uno de comportamientos violentos por parte de su pareja *

Tipos de comportamientos violentos	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto Cabeza (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Puñetazo	15.7	8.5	4.7	6.6	7.9	7
Bofetada	15.3	11.0	5.4	9.7	11.8	8.6
Patada, puntapié	8.2	1.7	1.8	1.7	2.1	1.8
Empujón	16.8	13.5	8.3	9.7	14.3	12.2
Tirón de pelo	7.1	2.8	2.2	4.3	6.0	0.9
Otros tipo de agresión	4.9	2.2	2.9	1.7	3.1	4.7
Ejercicio de violencia de la pareja contra el encuestado (resumen)**						
Ejercicio de violencia	28.4	19.6	14.1	18.3	24.3	24.1
N	268	363	277	349	519	444

Notas: * Se sumaron las categorías "con frecuencia", " más de una vez" y "una vez".

** Para la confección de esta variable se tuvieron en cuenta todos los entrevistados que habían respondido afirmativamente aunque sea a uno de los tipos de violencia, aunque sea una vez.

Las ciudades donde existe mayor divergencia entre las declaraciones de violencia perpetrada por mujeres y la perpetrada por varones son Panamá (donde las declaraciones de violencia perpetrada por mujeres supera en siete puntos porcentuales a las declaraciones de violencia perpetrada por hombres), Belice (6.8 puntos porcentuales de diferencia) y Honduras (6 puntos porcentuales de diferencia). Como señalábamos anteriormente, el único país en que el porcentaje de menciones de violencia perpetrada por hombres supera de violencia perpetrada por mujeres es en Nicaragua. Sin embargo, en este caso los porcentajes de comportamientos violentos son los más altos cualquiera sea el perpetrador, con una pequeña diferencia a favor de la violencia perpetrada por los hombres de tres puntos porcentuales (cuadro VIII. 4 y cuadro VIII.11).

VIII.5. Violencia en la infancia

Varias investigaciones establecen una relación causal entre el haber sido testigo de violencia física entre los padres cuando niño y el ejercer o volver a sufrir situaciones de violencia cuando adulto (Ellsberg 2003; Population Council 2004; Bott y Jejeebhoy 2003). En esta investigación son bajos los porcentajes de entrevistados que fueron testigos de situaciones de agresión física entre sus padres en su infancia: entre el 10 y el 16 %. La baja prevalencia dificulta realizar un análisis de asociación entre estas variables por la escasa cantidad de casos.

Cuadro VIII.12. Distribución de los encuestados según tipo de comportamiento de los padres ante situaciones de conflicto cuando el encuestado era niño

Tipos de comportamiento de los padres en situaciones de conflicto	Ciudad de Belice*	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Discusión cortés		37.4	34.0	39.5	32.8	49.9
Agresión verbal		20.4	21.7	19.5	22.7	19.5
Agresión física		12.0	11.7	14.5	16.0	9.1
Otro tipo de agresión		1.3	1.7	0.0	0.0	0.2
Nunca presencié este tipo de situación		21.9	29.9	26.5	27.3	19.4
Ns/Nr		7.0	1.0	0.0	1.2	1.9
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		401	291	400	600	463

Nota: * No se consignan los datos de Belice porque la no respuesta es de 22.9%.

Un importante hallazgo de esta investigación es la alta prevalencia de violencia ejercida sobre los hombres cuando eran niños en todos los países analizados (cuadro VIII. 13). En contraste con los otros ejercicios de violencia antes descritos, sólo en el caso de El Salvador el tipo de comportamiento violento más mencionado es el empujón, mientras que para Honduras y Panamá es la bofetada, y para Costa Rica y Nicaragua, el tirón de pelo. Más de la mitad de los entrevistados de Honduras, Nicaragua y Panamá mencionan otros tipos de agresión como latigazos, fajazos, correazos, escobazos, palazos y otras agresiones físicas con objetos. Como la pregunta aceptaba múltiples respuestas, se advierte que algunos de los encuestados recibieron una variedad de agresiones de distinto tipo.

Cuadro VIII.13. Porcentaje de encuestados que sufrió cada uno de los tipos de comportamientos violentos por parte de sus padres cuando era niño*

Tipos de comportamientos violentos	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto Cabeza (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Puñetazo	21.6	14.0	13.4	19.0	13.5	8.4
Bofetada	33.6	13.7	9.3	22.0	14.8	11.9
Patada, puntapié	10.2	8.5	7.9	13.0	7.8	2.4
Empujón	27.1	15.5	17.5	19.8	15.7	11.4
Tirón de pelo	12.2	22.9	15.8	21.5	18.3	6.3
Otros tipo de agresión	20.8	40.4	38.8	54.3	67.3	57.2
N	384	401	291	400	600	463
Ejercicio de violencia contra el encuestado cuando era niño (resumen)**						
Ejercicio de violencia	59.4	58.4	54.3	70.5	76.7	64.4
N	384	401	291	400	600	463

Notas: * Se sumaron las categorías “con frecuencia”, “ más de una vez pero infrecuentemente” y “una vez”.

** Para la construcción de esta variable se tuvieron en cuenta todos los entrevistados que declararon haber sufrido al menos uno de los tipos de violencia, al menos una vez.

También se encuentra un porcentaje diverso de abuso sexual en la infancia que va desde un 3.3% en el caso de Honduras a un 10% en el caso de Costa Rica (cuadro VIII.14). Más de la mitad de estos abusos sexuales ocurren entre los 4 y 9 años en casi todos los países (Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá). En Belice el valor modal se encuentra también en ese grupo etario, con el 38.1%. El caso de Tegucigalpa es el único donde se observa un modo en el grupo de 10 a 13 años. Vale destacar los altos porcentajes de “no responde / no recuerda” la edad en que sucedió el hecho en las ciudades de Belice, El Salvador y Honduras.

Cuadro VIII.14. Porcentaje de encuestados que experimentó abuso sexual en la infancia y distribución según edad en que ocurrió el abuso

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que experimentó abuso sexual	5.5	10.0	6.2	3.3	8.3	4.3
N	384	401	291	400	600	463
Edad en que ocurrió el abuso sexual						
4 a 9 años	38.1	52.5	50.0	15.4	52.0	55.0
10 a 13 años	33.3	32.5	16.7	46.2	36.0	20.0
14 a 17 años	4.8	15.0	5.6	15.4	12.0	15.0
No recuerda/no responde	23.8	0.0	27.8	23.1	0.0	10.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	21	40	18	13	50	20

En síntesis, los bajos porcentajes de actitudes justificadoras de la violencia hacia la mujer “en general” dan poca cuenta del grado de aceptación de la violencia cuando las preguntas se refieren a la pareja de los sujetos y a motivos específicos que a sus ojos la justificarían. Tampoco dan cuenta de la predisposición de los hombres encuestados para ejercerla. En efecto, es en las preguntas que colocan a los encuestados en situaciones concretas dónde se encuentran mayores frecuencias de actitudes permisivas de la violencia contra la mujer, que concuerdan en mayor medida con las conductas de violencia luego declaradas. Los mayores porcentajes de ejercicio de violencia (tanto cuando el hombre es el perpetrador de tales acciones como cuando la mujer es la perpetradora), los encontramos en Belice y Nicaragua. El nivel educativo parece tener una importante influencia en algunos países (Belice, Costa Rica, El Salvador y Panamá), mientras que la edad aparece asociada positivamente con el ejercicio de la violencia en casi todos los países.

El concepto de entorno de violencia en la pareja permite tener un panorama más claro sobre situaciones violentas, más allá de quién sea el perpetrador o la víctima, sin dejar de tener en cuenta por esto que en la mayoría de los casos las más perjudicadas son las mujeres. Sin embargo, encontramos que los hombres encuestados declaran en mayor medida ser víctimas de sus parejas que ser perpetradores de violencia. Estos hallazgos señalan la necesidad de continuar la indagación sobre este tema, buscando mejores formas de obtener información y

utilizando instrumentos cualitativos para intentar comprender lo que este tipo de hallazgos significa.

Cabe destacar que los mayores porcentajes de violencia se los encontró en la relación entre adultos y niños, situación en la que también sería interesante indagar desde una perspectiva que tenga en cuenta el género. Finalmente, a pesar de una posible subdeclaración, los porcentajes de estos hombres que han sufrido abuso sexual en la infancia llama la atención hacia un fenómeno social poco estudiado.

CAPÍTULO IX. CONOCIMIENTO, USO Y NECESIDADES DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Uno de las secciones más importantes de la encuesta se refería al conocimiento, uso y necesidades, por parte de los varones, de servicios que ofrecieran información o atención en diferentes aspectos de lo que habitualmente se denomina “salud sexual y reproductiva”. Como esta expresión no es generalmente conocida por la población la pregunta inicial de la serie sobre el tema se refirió al conocimiento, en la comunidad, de “alguna institución que ofrezca servicios o información relacionados con el sexo, la planificación familiar o las infecciones de transmisión sexual”, la que fue dirigida al total los encuestados.

IX.1. Identificación de servicios de salud sexual y reproductiva

El conocimiento sobre la existencia de servicios de salud sexual y reproductiva depende de dos factores: que los servicios existan en la comunidad y que, si existen, los hombres lo sepan. Pero el resultado neto es el mismo, que la población masculina no sabría dónde recurrir en caso de necesidad de atención o simplemente para informarse o proveerse de anticonceptivos. Como se observa en el cuadro IX.1, el porcentaje que conoce la existencia de estos servicios en la comunidad es bajo, superior al 50% sólo en Belice, mientras en tres de las ciudades (San José, San Salvador y Tegucigalpa) apenas supera el 20%.

Cuadro IX.1. Porcentaje de encuestados que conoce la existencia, en la comunidad, de instituciones que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva* (SSR) y tipo de institución que conoce

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que conoce institución de SSR	56.8	23.7	22.3	21.5	43.7	30.5
N	384	401	291	400	600	463
Tipo de institución que conoce (respuesta múltiple)						
Centro de salud	35.8	87.4	70.8	69.8	33.6	66.0
Hospital	0.0	3.2	7.7	3.5	3.1	0.7
Centro de planificación familiar	45.0	0.0	10.8	23.3	5.0	34.0
Consultorio privado	3.7	1.1	7.7	0.0	1.1	0.0
ONG	8.7	0.0	13.8	5.8	24.0	2.8
Otras	5.5	11.6	3.1	3.5	38.5	0.7
N	218	95	65	86	262	141

Nota: * Por salud sexual y reproductiva se entiende aquí: sexualidad, ITS, VIH/SIDA y planificación familiar.

Entre aquellos que conocen la existencia de algún servicio en Costa Rica, San Salvador, Honduras y Panamá, la mayoría señala que se trata de un centro de salud; alrededor de un tercio en Belice y Nicaragua menciona también este tipo de institución. En Honduras y Panamá tienen cierta importancia los centros de planificación familiar, que son los más frecuentemente mencionados en Belice. Otras ONGs concentran una quinta parte de las menciones en Nicaragua, mientras que los consultorios privados prácticamente no son identificados como prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva en ninguno de los países (cuadro IX.1).

IX.2. Canales de información sobre aspectos de salud reproductiva

Dirigiéndose nuevamente a todos los encuestados, se les preguntó si habían participado en una charla o recibido información sobre sexualidad, embarazo, ITS o VIH/SIDA. Entre el 55 y el 70% de los varones lo había hecho (cuadro IX.2).

Cuadro IX.2. Porcentaje de encuestados que recibió información sobre salud sexual y reproductiva (SSR)* y canales de la información recibida y buscada

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% que recibió información sobre SSR	65.4	57.1	58.8	70.3	54.8	64.4
N	384	401	291	400	600	463
Cómo recibió la información (respuesta múltiple)						
Charla	48.2	90.4	97.7	97.1	84.8	95.6
Video, película	49.4	46.7	53.8	63.6	13.1	72.5
Folleto, libro, revista	71.7	49.3	55.6	72.9	21.6	81.9
Grupo de discusión	58.6	27.5	29.8	32.5	9.4	64.8
Otro	18.7	3.1	11.7	2.1	7.0	0.3
Dónde recibió la información (respuesta múltiple)						
Centro de salud	20.3	7.9	17.0	15.7	9.4	18.8
Hospital	0.0	2.6	5.3	4.6	2.4	6.4
ONG o grupo comunitario	19.1	17.9	8.2	5.0	19.8	4.7
Trabajo	8.4	12.2	12.9	11.4	5.8	14.4
Escuela	47.0	48.5	63.7	55.5	49.5	50.0
Otro lugar	4.4	13.1	7.6	17.8	20.7	13.1
N	251	229	171	281	329	298
A quién buscaría para información sobre salud reproductiva						
Amigo	12.8	6.9	5.7	7.0	5.7	12.3
Pariente	7.0	4.8	18.5	13.5	14.2	25.8
Centro de salud, médico	47.1	72.6	56.0	62.4	60.8	51.7
Hospital	0.0	6.5	9.2	4.0	1.2	3.2
Cura, pastor	0.3	1.4	1.5	0.0	0.3	0.6
La pareja	5.2	1.7	3.5	0.5	0.5	2.6
Farmacia	1.6	0.0	0.2	0.3	0.0	0.2
ONG, centro especializado	4.4	2.7	0.0	2.5	4.3	0.2
Otro	9.1	0.7	1.7	4.0	7.2	1.9
Ns/Nr.	12.5	2.7	3.7	5.8	5.8	1.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	384	291	401	400	600	463

Nota: * Por salud sexual y reproductiva se entiende aquí: sexualidad, ITS, VIH/SIDA y planificación familiar.

Entre los canales de información mencionados las charlas aparecen como el más importante, excepto en Belice, donde el principal medio de información fue el material escrito (folletos, libros y revistas) Este último canal de información también es

importante en la mayoría de las otras ciudades, notablemente en Honduras y Panamá. En esta última ciudad, en realidad, todos los canales de comunicación fueron señalados por un porcentaje importante de los encuestados. Es curioso que los grupos de discusión aparezcan con porcentajes relativamente importantes, sobre todo en Belice y Panamá, ya que esta forma de comunicación no posee la capacidad de extenderse a gran número de personas. Es posible que los encuestados – o algunos de ellos- denominaran de esa manera a conversaciones grupales con amigos.

En todas las ciudades la escuela aparece como el lugar donde con mayor frecuencia se recibió la información (cuadro IX.2). Todos los demás lugares tienen mucha menor importancia. En Belice ocupan un segundo lugar los centros de salud y las ONGs; estas últimas tienen cierta relevancia también en Costa Rica y Nicaragua. Los centros de salud aparecen en segundo término en San Salvador y Panamá, pero siempre muy por debajo de las escuelas como lugar de origen de la información. Los hospitales son muy poco o nada mencionados en todas las ciudades (cuadro IX.2).

El panel inferior del cuadro IX.2 muestra a dónde recurrirían los hombres encuestados en busca de información sobre salud reproductiva. La palabra profesional es la más buscada, ya sea en un centro de salud o directamente a un médico, pero no recurrirían a la farmacia y raramente al hospital. En un lejano segundo lugar se menciona a los parientes (adquieren cierta importancia en Panamá y San Salvador) o a los amigos. Las ONGs o centros especializados no son visualizados como fuentes de información, como tampoco los líderes religiosos o la pareja.

IX.3. Necesidades de información sobre salud sexual y reproductiva

Son mayoría absoluta los encuestados que creen que los varones tienen necesidad de más información sobre “métodos anticonceptivos, la vida sexual en pareja, el SIDA o las infecciones de transmisión sexual” según rezaba la pregunta respectiva (cuadro IX.3). Preguntados en detalle sobre el tipo de información que creen necesaria, la relativa a las ITS y al SIDA ocupa el primer lugar en todas las ciudades. Dentro de porcentajes relativamente elevados en todos los temas propuestos, entre los que menos interés despiertan está la vasectomía. En un capítulo anterior se mostró que el tema era poco conocido y que había una dificultad adicional en reconocer la terminología, dificultad que puede haberse repetido en esta pregunta. En Costa Rica, Nicaragua y Panamá el interés también decae cuando se trata de la salud de la mujer o de los hijos. Un caso aparte es el de Nicaragua, donde prácticamente ningún encuestado se interesó por la vasectomía y donde los

porcentajes de todas las demás categorías (más allá del ITS/SIDA) son significativamente menores que en los demás países (cuadro IX.3).

Cuadro IX.3. Porcentaje de encuestados que creen que existen necesidades de información de los varones sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva (SSR)*, tipo de información que necesitan y cómo prefieren recibirla

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% de encuestados que cree que los varones necesitan más información sobre SSR						
	70.1	81.5	80.8	89.3	98.5	93.7
N	384	401	291	400	600	463
Tipo de información que necesitan (respuesta múltiple)						
ITS/SIDA	81.0	83.2	87.7	90.8	87.0	82.5
Vasectomía	43.1	27.8	53.2	43.1	0.2	30.9
Condón	43.5	56.6	54.0	48.7	23.9	49.5
Otros anticonceptivos	52.8	62.7	59.1	58.8	39.1	52.3
Salud de los hijos	52.4	35.5	53.2	48.5	19.5	39.2
Salud de la mujer	56.1	36.7	49.8	47.6	20.8	36.9
Vida sexual en pareja	66.2	46.2	57.9	57.1	35.0	52.1
Otra	3.0	1.5	7.2	4.2	15.1	1.2
Cómo prefieren recibir la información (respuesta múltiple)						
Folletos, libros, etc..	53.2	23.5	33.2	52.1	26.4	24.4
Promotores comunitarios	23.4	24.8	40.9	42.6	36.5	30.9
Medios de comunicación	55.4	26.6	27.2	47.9	26.2	24.7
Charlas en el trabajo	42.4	61.2	48.5	63.3	46.0	50.2
Charlas en la escuela	33.8	58.4	50.2	54.1	54.8	48.8
N	269	327	235	357	591	434

Nota: * Por salud sexual y reproductiva se entiende aquí: sexualidad, ITS, VIH/SIDA y planificación familiar.

En la mitad de las ciudades, los hombres prefieren recibir la información en el lugar de trabajo; es el caso de Costa Rica, Honduras y Panamá. En El Salvador y Nicaragua hay una preferencia algo mayor por charlas en la escuela, pero el lugar de trabajo aparece en segundo lugar. Belice es un caso distinto, pues allí los hombres prefieren los medios de comunicación (televisión, radio) y en un cercano segundo lugar los materiales escritos por sobre otras formas de recibir la información (cuadro IX.3).

IX.4. Necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva

Se presentó a los encuestados una lista de posibles servicios de salud sexual y reproductiva y se les pidió que dijeran cuáles creían que eran necesarios para sus congéneres. La mayoría de los servicios listados recibieron un alto porcentaje de respuestas, pero en todos los lugares, excepto Belice, hay una clara preferencia por servicios relacionados con las ITS y el SIDA. Otros tipo de servicio que fue muy elegido fue el de consejería individual, el que en Belice comparte el primer lugar con los relativos a ITS y SIDA.

IX.4 Porcentaje de encuestados que indican cada uno de los tipos de servicio de salud sexual y reproductiva que los varones necesitan

Tipo de servicio (respuesta múltiple)	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Para ITS y VIH/SIDA	45.3	72.6	82.1	86.5	85.0	68.7
Acceso a vasectomía	17.2	39.9	48.8	56.3	29.8	28.5
Acceso a condones	32.8	62.1	63.2	72.0	59.7	41.5
Examen de próstata	37.8	62.6	54.6	77.0	60.3	38.7
Infertilidad y disfunción sexual	34.4	59.4	46.0	69.0	58.5	35.2
Consejería individual	45.8	66.8	53.6	77.8	73.0	57.0
Ninguno	3.9	3.5	3.4	1.0	1.0	3.8
N	384	401	291	400	600	463

Por las dificultades de comprensión ya señaladas, pero posiblemente también por el rechazo que genera la vasectomía entre los varones de la región, un servicio dedicado a ella es el menos demandado. En este marco, los porcentajes que consideran necesario el acceso a la vasectomía pueden considerarse importantes, nunca inferiores a 28% (excepto en Belice) y superando el 50% en Honduras (cuadro IX.4). Muy pocos entrevistados contestaron que no existe necesidad de ninguno de los servicios listados.

IX.5. Uso de servicios de salud sexual y reproductiva

La mayoría de los encuestados jamás fue a “un servicio o lugar para obtener informaciones o atención sobre sexo, planificación familiar o infecciones de transmisión sexual”. Entre aquellos que sí concurrieron, una proporción importante lo hizo en el último año y porcentajes semejantes o superiores entre 1 y 5 años

anteriores al momento de la encuesta (cuadro IX.5). Debe tenerse en cuenta que el tipo de servicios orientados a los varones en el pasado se limitaban a tratar problemas de infecciones y que sólo recientemente y en forma incipiente se agregaron otros servicios más orientados a la planificación familiar o al ejercicio de la sexualidad.

Cuadro IX.5. Distribución de los encuestados que utilizaron servicios de salud sexual y reproductiva* según frecuencia de utilización y según momento en que lo hicieron

	Ciudad de Belice**	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
% de encuestados que utilizó servicios de información o atención en SSR						
Una vez		8.0	12.5	12.7	8.5	8.4
Más de una vez		4.5	13.2	10.3	12.7	11.7
Nunca		87.5	74.0	77.0	78.1	79.3
Ns/Nr		0.0	0.3	0.0	0.7	0.6
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		401	291	400	600	463
Cuándo utilizó esos servicios por última vez						
En el último año	41.4	38.0	36.5	33.7	48.9	41.9
1-5 años atrás	35.3	36.0	40.5	43.5	34.6	44.1
6 o más años atrás	17.3	24.0	18.9	21.7	15.7	12.9
Ns/Nr	6.0	2.0	4.1	1.1	0.8	1.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	150	50	74	92	127	93

Nota: * Por salud sexual y reproductiva se entiende aquí: sexualidad, ITS, VIH/SIDA y planificación familiar.

** No se consignan los datos de Belice para la variable utilizó servicios de información o atención en salud reproductiva porque la no respuesta es de 15.9%.

Para mejorar la captación de información evitando en lo posible problemas de memoria, se pidió a los encuestados que habían utilizado un servicio de salud sexual y reproductiva que se concentraran en la última visita. Al revisar las respuestas debe tenerse en cuenta que el número de varones que la contestaron es reducido, debido a que se trata solamente de aquellos que alguna vez concurren a un servicio de salud sexual y reproductiva.

Cuadro IX.6. Distribución de los encuestados según características del uso más reciente de un servicio de salud sexual y reproductiva*

	Ciudad de Belice	San José de Costa Rica	San Salvador	Tegucigalpa (Honduras)	Managua, Bluefields y Pto. Cabezas (Nicaragua)	Ciudad de Panamá
Cómo supo del servicio						
Amigos, parientes, otros clientes	35.3	44.0	27.0	59.7	37.0	32.3
Charlas, contactos con funcionarios del servicio	18.0	20.0	31.1	20.7	14.2	29.0
TV, radio, prensa	8.0	2.0	5.4	3.3	11.8	14.0
Escuela	15.3	6.0	14.9	3.3	6.3	7.5
Material escrito	10.7	16.0	4.1	8.7	4.7	4.3
Otro	6.7	12.0	1.4	4.3	26.0	9.7
Ns/Nr	6.0	0.0	16.1	0.0	0.0	3.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
A qué servicio fue						
Centro de salud	28.0	60.0	47.3	41.3	27.6	43.0
Hospital	0.0	6.0	10.8	16.3	11.0	12.9
Centro de planificación familiar	23.3	2.0	13.5	20.7	3.1	30.0
Consultorio privado	16.0	10.0	5.4	6.5	12.6	2.2
Otra ONG	8.0	2.0	5.4	1.1	33.9	2.2
Otro lugar	12.7	20.0	13.5	13.0	11.8	6.5
Ns/Nr	12.0	0.0	4.1	1.1	0.0	3.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Para qué concurrió al servicio						
Consulta médica general	26.7	14.0	24.3	8.7	6.3	24.7
ITS	0.7	8.0	2.7	10.9	22.8	4.3
Consulta de la pareja	6.0	4.0	6.8	6.5	0.8	5.4
Anticoncepción de la pareja	4.0	6.0	4.1	13.0	7.1	5.4
Prueba de VIH	3.3	2.0	6.8	1.1	1.6	1.1
Infertilidad	0.7	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0
Disfunción sexual	0.0	2.0	2.6	0.0	0.8	0.0
Obtener condones	2.7	0.0	2.6	3.3	2.4	0.0
Problemas de próstata	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Información sobre salud reproductiva	33.3	60.0	31.1	48.9	52.7	46.2
Otros	9.3	2.0	17.6	6.5	5.5	11.8
Ns/Nr	12.6	2.0	1.4	0.0	0.0	1.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	150	50	74	92	127	93

Nota: * Por salud sexual y reproductiva se entiende aquí: sexualidad, ITS, VIH/SIDA y planificación familiar.

En primer lugar se indagó sobre cómo tuvieron noticia de la existencia del servicio. Las relaciones interpersonales (amigos, parientes, clientes del servicio) parece haber sido la fuente más importante de referencia, seguida del contacto con funcionarios del servicio. En algunos de los casos (Belice, El Salvador) la escuela fue mencionada con alguna frecuencia y en otros lo fueron los medios de comunicación (Panamá, Nicaragua y, en menor grado, Belice) (cuadro IX. 6).

Aunque con distinta intensidad, el centro de salud fue el lugar donde concurrieron la mayoría de los encuestados en su última visita a un servicio de salud reproductiva. Esto es particularmente notable en Costa Rica. La excepción se da en Nicaragua donde la categoría “otra ONG” concentra un porcentaje algo mayor de respuestas que el centro de salud. Los centros dedicados específicamente a la planificación familiar fueron mencionados por casi un tercio de los encuestados en Panamá y algo más de una quinta parte en Belice y Honduras. El recurso a consulta privada es poco frecuente, aunque tiene cierta importancia en Belice, Nicaragua y Costa Rica. Tampoco el hospital fue un recurso muy visitado, pero tiene alguna presencia en todos los países excepto Belice (cuadro IX.6).

En todos los casos, el motivo más frecuente de concurrencia al servicio fue obtener información sobre salud reproductiva (“el sexo, la planificación familiar o las ITS”). Tres quintas partes de los encuestados mencionan este motivo en Costa y alrededor de la mitad en Nicaragua, Honduras y Panamá. En este último país, El Salvador y Belice alrededor de una cuarta parte de los varones fueron al servicio solamente para una consulta médica general.

Finalmente, se preguntó a los alguna vez usuarios su opinión sobre diversos aspectos del servicio como el horario de atención, el edificio, la atención y los materiales informativos disponibles. Las opiniones positivas fueron mayoría, superando muchas veces el 90%. Los varones de San José fueron en general los más críticos, pero nunca registraron menos de 70% de aprobación. Los materiales informativos fueron los que obtuvieron menos aprobación pero, nuevamente, las respuestas positivas generalmente superaron las tres cuartas partes del total. Y más del 90% en todos los países volverían a usar el servicio. El fenómeno de la aprobación de los servicios de salud de todo tipo se ha detectado en muchas investigaciones dedicadas a la evaluación de la calidad. Con frecuencia las expectativas de la población de escasos recursos son relativamente bajas y por ello los servicios son bien conceptuados. Por otro lado, se hace difícil evitar las respuestas de cortesía (*courtesy bias*: Besinger y Bertrand, 2001; Williams, Schutt-Ainé y Cuca, 2000), por más que se aclare que la encuesta no proviene de los servicios mismos.

X. CONCLUSIONES

El análisis hecho hasta aquí tuvo como propósito presentar un panorama del papel que cumplen los hombres de seis países de Centroamérica en los procesos de salud sexual y reproductiva. La intención era encontrar similitudes y también marcar las diferencias.

El lector atento advertirá la enorme riqueza de resultados obtenidos, pero también recordará los cuidados que deben tenerse en su generalización: se trata de datos referidos a varones de entre 15 y 44 años, seleccionados al azar en barrios habitados predominantemente por población de ingresos bajos de centros urbanos importantes en los países seleccionados. Es a hombres como esos a los que se pueden generalizar los hallazgos. Y no es poco, ya que esos estratos urbanos más pobres están entre aquellos donde son más necesarias las acciones de prevención y atención en salud sexual y reproductiva.

Los resultados no permiten hablar de una realidad centroamericana, tanto por lo ya dicho respecto a la representatividad de las muestras, como porque en la mayoría de los temas abordados no se encuentran similitudes que abarquen todos los países, y porque en muchos casos las diferencias son notorias. Estas diferencias se deben en parte a que si bien las poblaciones son bastante similares respecto a su estructura por edad, son diferentes en cuanto al nivel de educación, a sus ocupaciones, al peso de los distintos grupos étnicos y a la influencia en ellas de distintas religiones.

Hay algunas regularidades de índole muy general que es interesante señalar. Una es metodológica: las respuestas de los varones encuestados son diferentes cuando se trata de responder sobre actitudes y opiniones en abstracto (en que parecen responder por el “deber ser”) y cuando responden a preguntas referidas a sus propias situaciones. Así sucede, por ejemplo, en lo que respecta a las actitudes hacia los roles genéricos en el hogar y respecto a las justificaciones de la violencia contra la pareja mujer. Esta constatación nos permitirá pensar sobre la forma de abordar las preguntas en investigaciones futuras para evitar lo que parecen ser respuestas estereotipadas.

Una segunda regularidad observada es, paradójicamente, la ausencia de una regularidad esperada. En efecto, las variables edad y nivel educativo, que en incontables investigaciones -- incluidas aquellas sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva -- son seguras predictoras de diferencias en opiniones, actitudes y conductas, en este estudio sólo lo son en algunos países, para algunas variables. En lo que respecta a la educación, ello puede estar hablando de la eficacia diferencial de

los sistemas educativos nacionales (los mismos años de estudio pueden no significar las mismas capacidades adquiridas) ya sea por diferencias en los contenidos como en las metodologías o en las políticas respecto a la promoción (la mayor o menor facilidad en aprobar los cursos).

El profesar o no una religión y cuál es la religión que se profesa son variables que presumiblemente debería influir sobre aquellas actitudes y conductas sobre las cuales se ha pronunciado (especialmente la religión católica), como la sexualidad no reproductiva y la limitación de la natalidad. Sin embargo, como mostramos, ello sólo ocasionalmente es así; algo mejor predictor de actitudes consistentes con los dictados de la religión es la práctica religiosa, siendo los que dicen ser practicantes de la religión que profesan, como era de esperarse, quienes responden en mayor medida de acuerdo a pautas tradicionales.

En esta investigación se trabajó con una serie de indicadores que daban cuenta de actitudes tradicionales o modernas hacia roles de género en el hogar y en la sexualidad, hacia la anticoncepción, hacia el rol paterno y hacia la violencia. También se analizaron algunas conductas en las que los varones podrían asumir comportamientos más o menos conformados a una definición tradicional del rol masculino: participación en tareas del hogar, acompañamiento de la pareja en el parto, conductas concretas de violencia. Así como no puede hablarse de los países en conjunto, también es difícil delinear un perfil de los varones de cada país: no parece que se pueda hablar de poblaciones tajantemente más y menos tradicionales respecto a los roles genéricos en todas las dimensiones. En un esfuerzo de generalización, se puede notar que se encuentran en Belice y Nicaragua los porcentajes más altos de actitudes de género tradicionales en casi todas las dimensiones. Un segundo grupo podría quedar conformado por Honduras y El Salvador, donde también aparece un alto porcentaje de respuestas tradicionales en varias de estas dimensiones aunque, en general, con menores porcentajes que Belice y Nicaragua. Costa Rica y Panamá, por último, podrían conformar un tercer grupo en el que se encuentran los menores porcentajes de respuestas tradicionales en la mayoría de las dimensiones analizadas.

La iniciación sexual de los varones es temprana, sucede casi siempre en la adolescencia, y el valor modal se sitúa en los 14 o 15 años. Se da sobre todo con novias, amigas o vecinas; son pocos los que declaran haberse iniciado con otro varón. Según los encuestados, la decisión sobre la primera decisión sexual se toma en general en forma conjunta por ambos miembros de la pareja.

Los conocimientos sobre anticoncepción son limitados, en particular en lo que se refiere a su eficacia y se les atribuyen efectos secundarios que no poseen. El uso

tampoco es generalizado dentro de las parejas estables y predominan los métodos femeninos.

En todos los países los varones participan poco en las tareas del hogar y lo hacen preferentemente en la única actividad que se vincula con el mundo exterior y que implica manejo de dinero: hacer las compras.

Los hombres suelen acompañar a sus pareja en la atención prenatal y en el parto y, cuando se les permite, no son pocos los que ingresan a la sala de parto o al cuarto de la casa donde éste ocurre. Aquellos que tienen hijos en su mayoría los ven con frecuencia y contribuyen a su mantenimiento con dinero y otros bienes, pero también les proporcionan cuidado y atención.

La mayoría de los hombres no justifica la violencia contra la mujer en ninguna circunstancia, pero cuando se trata de la propia pareja están más predispuestos a justificarla, especialmente si ella los traiciona o no cuida a los hijos. Pocos hombres declaran haber ejercido violencia contra sus parejas, son más los que dicen haberla recibido de ellas. Los mayores porcentajes de violencia se encontraron en la relación entre adultos (los padres de los encuestados) y niños (los propios encuestados en la infancia. Además, son numerosos los hombres que han sufrido abuso sexual en la infancia, un fenómeno poco estudiado en relación a los varones.

Los servicios que ofrecen atención o información en salud sexual y reproductiva son poco conocidos, pero el dato debería ser interpretado con conocimiento del contexto pues es muy posible que esos servicios no existan o sean escasos. A pesar de lo señalado, una proporción importante de encuestados dicen haber recibido información sobre salud reproductiva por distintos medios, pero sobre todo en la escuela. Sin embargo, demandan mayor información, especialmente en lo relativo a las ITS y el SIDA y prefieren recibirla a través de charlas en el trabajo y la escuela, pero también por otros medios orales y escritos. También demandan servicios que cubran casi todos los aspectos de información y atención. Son pocos los que utilizaron alguna vez este tipo de servicios y los que lo hicieron buscaban sobre todo información sobre salud reproductiva.

Estas conclusiones intentan capturar en pocas líneas toda la riqueza de resultados de una encuesta en muchos sentidos pionera en su género, pero seguramente no les hacen justicia. Esperamos que el lector pueda retornar al texto en búsqueda de precisiones.

REFERENCIAS

Alan Guttmacher Institute (2003), *In their own right. Addressing the sexual and reproductive health needs of men worldwide*, New York, The Alan Guttmacher Institute

Alksnis, C. et al. (2000), Methodologic concerns regarding estimates of physical violence in sexual coercion: overstatement or understatement, *Archives of Sexual Behavior*, 29 (4): 323-334.

Arias, R. y Rodríguez M., M. (1998), "A puro valor mexicano". Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México, Lerner, S. (editora), *Varones. sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México: 319-340.

Besinger R. y Bertrand, J. (2001), Monitoring quality of care in family planning programs: A comparison of observations and client exit interviews, *International Family Planning Perspectives*, 27 (2):.63-70.

Bott, S. y Jejeebhoy, S. (2003), Adolescent sexual and reproductive health in South Asia: an overview of findings from the 2000 Mumbai Conference, *Progress in Reproductive Health*, 64: 6-7.

Cáceres, C. (1998), Jóvenes varones en Lima: dilemas y estrategias en salud sexual. Valdés, T. y Olavaria, J. (editores.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago, FLACSO – UNFPA: 158-174.

Cáceres, C. (2000), *La (re)configuración del universo sexual. Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los jóvenes de Lima a vuelta de milenio*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia/ REDESS Jóvenes.

Cáceres, C.; Vanoss Marín, B. y Sid Hudes, E.(2000), Sexual coercion among youth and young adults in Lima, Peru, *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27: 361-367.

Castro Pérez, R. y Miranda Videgaray, C. (1998), La reproducción y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones: algunos hallazgos de investigación en Ocuilco (México). Lerner, S. (editora) *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México: 223-243.

Coltrane, S. (1995), The future of fatherhood. Social, demographic, and economic influences on men's family involvements. Marsiglio, W. (editor), *Fatherhood. Contemporary Theory, Research, and Social Policy*, Thousand Oaks, Estados Unidos, Sage: 255-274.

Connell, R. (1995), *Masculinities*, Sydney, Allen & Unwin.

Daly, K. J. (1995), Reshaping fatherhood. Finding the models. Marsiglio, W. (editor), *Fatherhood. Contemporary theory, research and social policy*, Thousand Oaks, Estados Unidos, Sage: 21-40.

Ellsberg, M. (2003), Corced sex among adolescents: recent findings from Latin America, trabajo presentado a la Consultative Meeting on Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries, Nueva Delhi, India, 22-25 de septiembre de 2003

Fachel Leal, O. (1998), Hombres y mujeres: cultura reproductiva y sexualidad en el sur de Brasil, trabajo presentado a la Conferencia regional sobre la equidad de género en

América latina y el Caribe: desafíos desde las identidades masculinas, Santiago de Chile, junio 1998.

Fachel Leal, O y Fachel, J.M.G. (1997), *Antropologia do corpo e pesquisa sobre sexualidades: dados qualitativos e tratamento estatístico, uma proposta metodológica*, Porto Alegre, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Caderno do NUPACS N° 004/97.

Fiebert, M. (2000), References examining men as victims of women's sexual coercion, *Sexuality and Culture*, 4 (3) : 81-87.

Figuroa, J.; Stern, C. y Medina, G. (comp.) (1999), *Seminario internacional sobre avances en salud reproductiva y sexualidad. Reflexiones No. 11. Sexualidad, salud y reproducción*. México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.

Forbes, G. y Adams-Curtis, L..(2001), Experiences with sexual coercion in college males and females – Role of family conflict, sexist attitudes, acceptance of rape myths, self-esteem, and big-five personality factors, *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (9): 865-889.

García, B. y Rojas, O. L. (2002), Cambios en la formación y disolución de las uniones en América latina, *Papeles de Población*, 8 (32): 11-30.

Gillone, A., (1995), Drogadicción: un síntoma. Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C.; Silber, T.; Suárez Ojeda, E.; Yunes, J. (editores), *La salud del adolescente y del joven*, Washington, D.C., OPS/OMS: 217-223

Gogna, M; Pantelides, E.A. y Ramos, S. (1997), *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad*. Buenos Aires, CENEP/CEDES, Cuaderno del CENEP N° 52.

Halpern, C. et al. (2001), Partner violence among adolescents in opposite-sex romantic relationship: findings from the National Longitudinal Study of Adolescence Health, *American Journal of Public Health*, 2001, 91(10): 1679-1685.

Haworth-Hoeppner, S. (1998), What's gender got to do with it: Perceptions of sexual coercion in a university community, *Sex roles*, 38 (9-10): 757-779.

Heise, L., Moore, K. y Toubia, N. (1995 a), *Sexual coercion and reproductive health. A focus on research*, Nueva York, Population Council.

Heise, L.; Moore, K. y Toubia, N. (1995b). Defining coercion and consent cross-culturally, *SIECUS Report*, 24 (2).

Infesta Domínguez, G.(1996), Salud reproductiva y sexualidad: una visión desde la perspectiva del varón adolescente, CENEP/OMS/CEDES/AEPA, *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires: 177-185.

Jiménez Ugarte, O.(1997), Entre patas y paltas: Parejas sexuales, riesgos sexuales y redes personales entre jóvenes varones de Barrios Altos. Cordero, M.; Jiménez, O.; Menéndez, M.C.; Valverde, R. y Yon, C. *Más allá de la intimidad*, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú: 15-52.

Kalckmann, S. (1998), Incursões ao desconhecido: percepções de homens sobre saúde reprodutiva e sexual. Arilha, M.; Unbehau, S. y Medrado, B. (organizadores), *Homens e masculinidades. Outras Palabras*, São Paulo: Editora 34: 79-100.

Kaufman, M. (1995), Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. Arango, L., Leon, M. y Viveros, M. (compiladores.), *Género e identidad. Ensayos sobre lo masculino y lo femenino*, Bogotá, Ediciones Uniandes: 123-146.

Keijzer, B.(1998), Los derechos sexuales y reproductivos desde la dimensión de la masculinidad, en A.A.V.V. *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*. México, D.F.: s.e.

Kornblit, A. L.y Mendes Diz, A. M (1994), *Modelos sexuales en jóvenes y adultos*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

Kornblit, A.L., Petracci, M. y Mendes Diz, A.M. (1998), Ser hombre, ser padre. Un estudio sobre las representaciones sociales de la paternidad. AEPA/CEDES/CENEP, *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, AEPA/CEDES/ CENEP: 181-198.

Lupton, D. y Barclay, L. (1997), *Constructing Fatherhood, Discourses and Experiences*, Londres: Sage

Manzelli, H. y Pecheny, M. (2002), Prevención del VIH/sida en hombres que tienen sexo con hombres. Cáceres, C; Pecheny, M. y Terto Júnior, V. (editores), *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*, Lima, Perú: Red de investigación en sexualidades y VIH/sida en América Latina, ONUSIDA, Universidad Peruana Cayetano Heredia: 103-138.

Marsiglio, W. (1995), Fatherhood scholarship: An overview and agenda for the future. Marsiglio, W. (editor), *Fatherhood. Contemporary theory, research and social policy*, Thousand Oaks, Estados Unidos, Sage: 1-20.

McQuillan, K. (2004), When does religion influence fertility?, *Population and Development Review*, 30 (1): 25-56.

Miguez, H.(1998), *Uso de sustancias psicoactivas: investigación social y prevención comunitaria*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Moore, A. (2003), *Female control over first sexual intercourse in Brazil: case studies of Belo Horizonte, Minas Gerais and Recife, Pernambuco*. Austin, Estados Unidos, The University of Texas at Austin, tesis doctoral.

Muehlenhard, C. y Kimes, L. (1999), The social construction of violence: the case of sexual and domestic violence, *Personality and Social Psychology Review*, 3 (3): 234-245.

Murray, J. y Henjum, R. (1993), Analysis of sexual abuse in dating, *Guidance and Counselling*, 8 (4): 56-68.

Naciones Unidas (1993), *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. S.I., Naciones Unidas.

Olavarría, J. A. (2001), *Y todos querían ser (buenos) padres. Varones de Santiago de Chile en conflicto*, Santiago de Chile, FLACSO.

Olavarría, J. A. (2004), La Invisibilidad de los hombres en la sexualidad y la reproducción y sus consecuencias en la responsabilidad : Notas para el debate.

CEPAL y Université Paris X, Nanterre, *La Fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile: 289-312.

OPS/GTZ (2002), *Promoción de la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Protocolo de Investigación.*

O'Sullivan, L. y Byers, E. (1993), Eroding stereotypes: College women's attempts to influence reluctant male sexual partner, *Journal of Sex Research*, 30: 270-282.

O'Sullivan, L.; Byers, E. y Finkelman, L. (1998), A comparison of male and female college students' experiences of sexual coercion, *Psychology of Women Quarterly*, 22: 177-195.

Pantelides, E. y Binstock, G., inéd. *Men and abortion. What is known and what needs researching*, CENEP, Buenos Aires.

Pantelides, E. y Geldstein, R. (1999), Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. AEPA, CEDES, CENEP, *Avances en investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires: 45-53.

Patel, V., et al. (2003), Gender, sexual abuse and risk behaviours in adolescents: a cross-sectional survey in schools in Goa, India, *Progress in Reproductive Health*, 64: 6-7.

Pinto, E. (1998), Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino. Arilha, M.; Unbehaum, S. y Medrado, B. (organizadores), *Homens e masculinidades. Outras Palabras*, São Paulo, Editora 34:101-128.

Population Council (2004), *The adverse health and social outcomes of social coercion: Experiences of young in developing countries*. Disponible en www.popcouncil.org.

Population Reports (1999), Impact on women's reproductive Health, *Population Reports*, 27 (4): 13-18.

Ramírez Rodríguez, J. y Vargas Becerra, P. (1998), Una espada de doble filo: la salud reproductiva y la violencia doméstica contra la mujer. Bilac, E. y Baltar da Rocha, M., *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*, Río de Janeiro, Brasil, Editora 34: 261-289.

Reilly, M., et al., 1992. Tolerance for sexual harassment related to self-reported sexual victimization, *Journal of Family Violence*, 13: 377-394. b.

Rani, M; Figueroa, M E. y Ainsle, R. (2003), The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: Looking through the gender lens, *International Family Planning Perspectives*, 29 (4): 174-181.

Rosenthal, D. (1997), Understanding sexual coercion among young adolescents: communicative clarity, pressure, and acceptance, *Archives of Sexual Behavior*, 26 (5): 481-489.

Rosentock, I. M. y Becker, M. H. (1974), Social learning theory and the health belief model, *Health Education Quarterly*, 15: 175-183.

Rotundo, M., Nguyen, D. y Sackett, P. (2001), A meta-analytic review of gender differences in perceptions of sexual harassment, *Journal of Applied Psychology*, 86 (5): 914-922.

- Rostagnol, S. (2002), Representaciones y prácticas de los hombres de sectores pobres urbanos sobre los métodos anticonceptivos y el aborto. Trabajo presentado al Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad: El rol del varón en la salud sexual y reproductiva en países de América Latina y el Caribe, organizado por PRASSAR/CENEP/OMS, CEDES y AEPA, Buenos Aires, octubre.
- Senn, C. et al. (2000), Predicting coercive sexual behavior across the lifespan in a random sample of Canadian men, *Journal of Social and Personal Relationships*, 17 (1): 95-113.
- Schufel, M. L. y Geldstein, R. N. (2003), Los varones jóvenes de Buenos Aires y el sexo seguro, trabajo presentado a las VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, organizadas por la Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Tafí del Valle, Argentina, 6-8 de noviembre.
- Schutter, M. A., M. de (2000), El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7, (6).
- Shepard, B. (1996), La masculinidad y el rol masculino en la salud sexual, Curso Internacional Salud Reproductiva y Sociedad, *Salud reproductiva: nuevos desafíos*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia: 73-86.
- Struckman-Johnson, C. y Struckman-Johnson, D. (1994), Men pressured and forced into sexual experience, *Archives of Sexual Behavior*, 23 (1): 93- 114.
- Suárez, L. y Menkes, C. (2004), La percepción de los estudiantes adolescentes de la violencia familiar. El caso de Chiapas y San Luis Potosí, México, trabajo presentado en XXV International Congress of the Latin American Studies Association, 7-9 de octubre, Las Vegas, Estados Unidos.
- Szasz, I. (1998), Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. Lerner, S. (editora) *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México:137-160.
- Vernon, R. (1996), Investigación de operaciones al promover la vasectomía en tres países de América latina, *Perspectivas de Planificación Familiar Internacional*, 22: 26-31.
- Vivero Vigoya, M. (2000), Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo, perspectivas teóricas y analíticas. Fuller, N. (editora), *Paternidades en América Latina*, San Miguel, Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial: 91-128.
- Wainerman, C. (2002), La reestructuración de las fronteras de género, Wainerman, C.(compiladora), *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*, Buenos Aires, UNICEF/ Fondo de Cultura Económica
- Wasserheit, J. (1993), Lower genital tract infection in the Third World: the crossroads of reproductive health and HIV prevention. Hinting, Bandaso y Rowe (editores), *The impact of infection or reproductive health*, Indonesia: MEDIPROC.
- Williams, T., Schutt-Ainé, J. y Cuca, Y. (2000), Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. *International Family Planning Perspectives*, 26 (2): 63-71.

Yon Leau, C. (1997), Placer, riesgo y poder: corresponsabilidad y negociación de hombres y mujeres respecto al uso de métodos anticonceptivos. Cordero, M.; Jiménez, O.; Menéndez, M.C.; Valverde, R. y Yon Leau, C. *Más allá de la intimidad*, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú: 53-88.

Zaffaroni, A. (1996), *Compartamos: sino es con vos, ¿con quién?, si no es hoy, ¿cuándo?*. Buenos Aires, SON.

Zamberlin, N. (2000), "La otra mitad". Un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad. Gogna, M. (compiladora), *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*, Buenos Aires, CEDES: 245-302.

Zimmerman, R., et al. (1995), Adolescents' perceived ability to say "no" to unwanted sex, *Journal of Adolescence Research*, 10 (3): 383-399.