
ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata

Germán Vega-Briones

Martha Cecilia Jaramillo-Cardona

La inequidad por clase, etnia y género expresada en el desmedro

Rafael González-Guzmán

Juan José García-García

Aline Tinoco-Marquina

Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia

John Harold Estrada-Montoya

Andrea García-Becerra

Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008

Gloria Molina-Marín

Julián Vargas-Jaramillo

Argiro Berrío-Castaño

Diana Patricia Muñoz-Marín

Factores asociados a la inequidad en la vacunación infantil en Colombia: identificando alternativas de intervención

Naydu Acosta-Ramírez

Jesús Rodríguez-García

Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos

Olga Patricia López-Soto

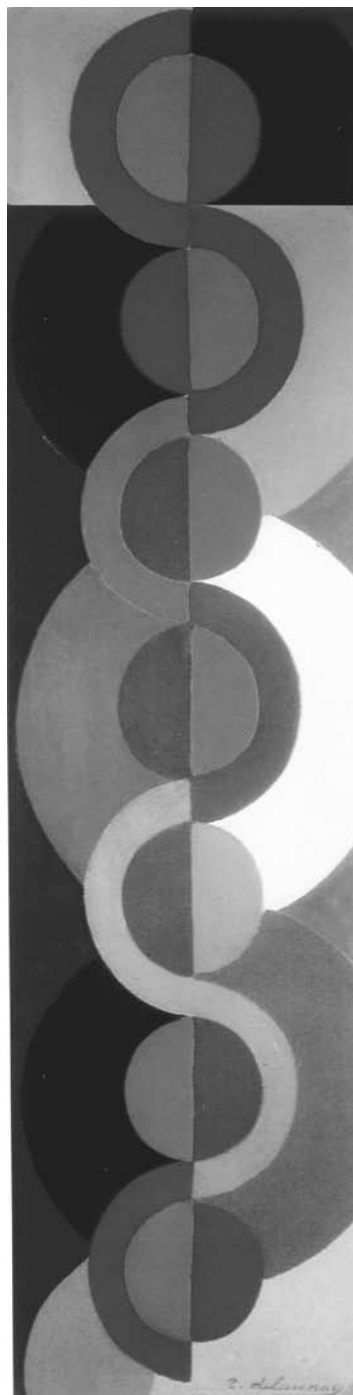
María del Pilar Cerezo-Correa

Alba Lucía Paz-Delgado

Determinantes sociales y disparidades de la morbilidad por enfermedades respiratorias agudas (ERA) en niñas y niños de uno a cuatro años en Colombia

Rosaura Arrieta-Flórez

Enna Esmeralda Caro-Gómez



Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata

Perceptions, attitudes, and behavior of men with respect to the use of condoms, vasectomy and prostate analysis in the north mexican border

Percepções e atitudes dos homens da fronteira norte do México relacionadas com o uso de preservativo, prática da vasectomia e exame de próstata

Fecha de recepción: 03-12-09 Fecha de aceptación: 18-03-10

Germán Vega-Briones*

Martha Cecilia Jaramillo-Cardona**

* Doctor en Sociología, Universidad de Texas, Austin, Estados Unidos. Correo electrónico: gvega@colef.mx

** Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios Regionales, Colegio de la Frontera Norte de México. Profesora investigadora, Facultad de Economía y Relaciones Internacionales, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México. Correo electrónico: Martha.jaramillo@uabc.edu.co



Resumen

La idea central del presente artículo es discutir cuáles son las actitudes, las percepciones y los comportamientos de los hombres con respecto al uso de condones, la práctica de la vasectomía y los chequeos de próstata. El artículo está basado en 40 entrevistas efectuadas entre hombres residentes de la noroeste ciudad fronteriza de Tijuana, Baja California (México). En este artículo presentamos la manera como los hombres de Tijuana y sus familias negocian y deciden acerca del número de hijos deseados, y acerca de las diferentes percepciones y actitudes de hombres y mujeres en relación con el sexo y la reproducción. Deseamos señalar que esta temática de la “salud reproductiva” muestra la manera en que las familias negocian y deciden las medidas de planeación de los hijos. Este tipo de negociación y las respectivas decisiones que se toman están conformadas de ambivalencias, contradicciones, imposiciones, y en muchos casos, de respeto y cooperación. Deseamos indicar que no todo es blanco o negro, y que las decisiones que se toman no son simples y están acompañadas de discusión y conflicto.

Palabras clave autor: salud reproductiva, hombres, vasectomía, condones, próstata, frontera.

Palabras claves descriptor: salud reproductiva, esterilización del hombre, anticoncepción, Tijuana (Baja California, México).

Abstract

The main idea of this article is to discuss which are the attitudes, perceptions and behavior of men with respect to the use of Condoms, Vasectomy and prostate analysis. This document is based on 40 interviews elaborated among 40 men of the border Mexican city of Tijuana, Baja California, Mexico. In this article we present the way that within the Tijuana' men and their families discuss about the number of desired children as well as the different men's and women's perceptions and attitudes in regards to sex and reproduction are discussed, negotiated and decided. We would like to point out that this thematic of “reproductive health” shows the way the families negotiate and decide measures of parenthood planning as well as the number of desired children. This type of negotiation and the respective decisions are covered with ambivalence, contradictions, impositions and in many cases respect and cooperation. We would like to signal that not everything is either white or black. The decisions that are taken are not necessarily simple nor do they lack discussion and conflict.

Key words author: Reproductive Health, Men, Vasectomy, Condoms, Prostate, Border.

Key words plus: Reproductive Health, Male Contraception Tijuana, Contraception, Tijuana (Baja California, México).

Resumo

A ideia central do presente artigo é discutir quais são as atitudes, percepções e os comportamentos dos homens com respeito ao uso de preservativo, a prática de vasectomia e os exames da próstata. O artigo está baseado em 40 entrevistas feitas com homens residentes da cidade fronteiriça de Tijuana, Baixa Califórnia (México). Neste artigo apresentamos a maneira como os homens de Tijuana e suas famílias negociam e decidem sobre o número de filhos desejados, e sobre as diferentes percepções e atitudes de homens e mulheres com relação ao sexo e à reprodução. Desejamos salientar que esta temática da “saúde reprodutiva” mostra a maneira em que as famílias negociam e decidem as medidas de planejamento dos filhos. Este tipo de negociação e as respectivas decisões que se tomam estão cheias de ambivalências, contradições, imposições, e em muitos casos, de respeito e cooperação. Desejamos indicar que nem tudo é branco ou preto, e que as decisões tomadas não são simples e estão acompanhadas de discussão e conflito.

Palavras chave autor: Saúde Reprodutiva, Homens, Vasectomia, Preservativos, Próstata, Fronteira.

Palavras chave descritor: Saúde Reprodutiva, Esterilização do Homem, Anticoncepção, Tijuana (Baixa Califórnia, México).

1. Introducción

En este trabajo analizamos, basados en un total de 40 entrevistas semiestructuradas, (efectuadas durante 1999 en distintas colonias de la ciudad de Tijuana), y en material de índole estadístico, cuáles son las percepciones, las actitudes y los comportamientos de los varones de esta ciudad de la frontera norte acerca del uso del condón, la práctica de la vasectomía y los chequeos de la próstata. Aunque sólo se efectuaron 40 entrevistas, éstas fueron elaboradas entre varones y mujeres. Así mismo, el material recopilado permite tener una idea bastante aproximada sobre esta triple cuestión de salud de los varones tijuanaenses, información que es avallada por los datos estadísticos que a lo largo de este documento se proporcionan. De las 40 entrevistas, 20 se efectuaron entre obreros de maquila, cinco con albañiles, cuatro con empleados de limpieza y una con un chofer. Las 10 entrevistas restantes se realizaron entre personas de clase media: cinco personas con nivel de licenciatura (profesionistas), y cinco con empleados con estudios de nivel de secundaria y preparatoria.

Este trabajo está dividido en tres secciones. En la primera presentamos los hallazgos de otras investigaciones sobre salud reproductiva e información sobre el caso de la ciudad de Tijuana. En la segunda, a manera de ilustración, proporcionamos extractos de algunas de las entrevistas efectuadas entre varones, y en la tercera presentamos las consideraciones finales de nuestro trabajo.

2. El asunto de la salud sexual

En estos tiempos de globalización acelerada, apertura de las economías nacionales, y reciente recesión mundial, una de las preocupaciones centrales, tanto de las distintas autoridades del sector salud como de los

individuos en particular, se refiere a la salud sexual. Los medios de comunicación y la cultura popular en general cotidianamente muestran su preocupación por las cuestiones de salud. Así, durante octubre de 1998 diversos medios informativos empezaron a divulgar la aparición de un “nuevo condón unisex”, mismo que hipotéticamente terminaría con los pretextos o resistencias sobre el uso del condón y se constituiría en una buena opción para prevenir la transmisión de enfermedades sexuales y/o los embarazos no deseados. Recientemente, los medios de comunicación difundieron la noticia de que, según nueva evidencia médica, los hombres también necesitan efectuarse chequeos de mama (zona pectoral) para prevenir riesgos de este tipo de cáncer (una de las principales causas de muerte de mujeres en nuestro país). En Estados Unidos se han levantado múltiples quejas de parte de las mujeres porque mientras la mayoría de los seguros médicos en ese país pagan para que los varones puedan hacer uso del viagra, casi ninguna de estas compañías del sistema de seguridad médica sufraga los gastos que requieren las mujeres para adquirir medicamentos como anticonceptivos o para efectuarse ciertos tipos de intervenciones como el aborto.

Por otro lado, prácticamente todas las campañas de control de la natalidad han sido dirigidas a la población femenina, pocas han sido diseñadas para los varones, y es raro encontrar información específica que concierna a los hombres. A partir del creciente número de casos de enfermedades transmitidas sexualmente, particularmente del sida, la difusión y el uso del condón se vieron incrementados. Sin embargo, aún se sabe poco acerca de la disponibilidad, la resistencia o el rechazo de los varones de ciudades como Tijuana o Ciudad Juárez con respecto al uso de preservativos, tanto como medida de planificación familiar como mecanismo de prevención de las Enfermedades



de Transmisión Sexual (ETS). A pesar de esto, las entrevistas que efectuamos permiten indicar que cada vez más varones están haciendo uso de condones, bien para evitar embarazos no deseados, o bien para prevenir el contagio de enfermedades.

En un texto publicado sobre el tema de la sexualidad (1) se subraya que los distintos programas de planificación familiar han relegado al varón, al otorgarle a las mujeres el poder de decisión en torno a la procreación y la anticoncepción, aunque se reconoce que en este proceso han influido tanto la percepción médica de dichos programas como algunos componentes de tipo cultural. En estos últimos han estado presentes representaciones simbólicas de la visión del mundo de los varones, tradicionales detentadores del poder. También se subraya la importancia de incorporar el concepto de género como categoría relacional, las condiciones de desigualdad social y genérica, y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, para poder entender algunas prácticas sexuales y los programas de planificación familiar. Así mismo, se reconoce que el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la fecundidad y las “nuevas” modalidades de conformación familiar y migratoria imponen, a su vez, nuevas y diferentes posibilidades en los comportamientos de los hombres y las mujeres a lo largo de su vida reproductiva (1).

Dos de los artículos de dicho texto son de enorme importancia para este trabajo, dado que uno de ellos trata el asunto de los condones y el otro la práctica de la vasectomía. En el artículo de Arias y Rodríguez (2) sobre el uso del condón se arriba a las siguientes conclusiones: en el nivel de los grupos entrevistados no se encontraron modificaciones en los valores tradicionales con respecto a la sexualidad masculina y su doble moral. La protección del usuario del condón con respecto al embarazo no deseado y a las

enfermedades de transmisión sexual puede considerarse como relativa ya que el condón no se usa en forma sistemática, básicamente porque el valor de lo que es lo masculino está fuertemente vinculado a la valoración de asumir riesgos y no desperdiciar oportunidades en materia sexual. Arias y Rodríguez señalan que la significación que se atribuye al condón presenta un claro dualismo. En el contexto del sexo ocasional es visto como protección contra la enfermedad, mientras que con respecto a la pareja estable se le concibe como un método de planificación familiar. Las autoras señalan que es significativo que en ninguno de los grupos focales que ellas estudiaron se mencionara el amor como un elemento relevante con respecto a sus relaciones sexuales. Para estas autoras mencionar el amor constituiría una forma de apertura que no podrían permitirse, ya que exponerlo ante un grupo de hombres “implicaría debilidad” al mostrarse como “incompletos y necesitados”.

En el trabajo de Castro Morales (3) acerca de la “vasectomía sin bisturí” se reporta como conclusiones que las actitudes de los varones estudiados muestran que muchos de los estereotipos que se reiteran acerca de los hombres no tienen fundamento. Esta autora encontró que la no participación de la vasectomía puede obedecer a diversas razones, entre las que resaltan, en orden de importancia: posturas o pensamientos machistas, concepciones acerca de la hombría, la virilidad o potencia sexual, o un desconocimiento de la existencia de las ventajas de este método. Así mismo, indica que la participación de los hombres vasectomizados en la regulación de la fecundidad parece ser más bien resultado de un acuerdo o negociación en la pareja, y no sólo producto de una conducta asumida por el hombre y secundada sólo por la mujer. La autora señala que la participación de los varones en la vasectomía obedece también a inquietudes relacionadas con la salud

física y emocional de la pareja y la familia, y que se relaciona, en una buena parte, con la insatisfacción en el uso de métodos anticonceptivos por parte de algunas mujeres. De igual manera, llama la atención sobre el hecho de que la situación económica sea un elemento importante que entra en juego en la toma de decisiones del varón y lo lleva a optar por una intervención definitiva para regular su fecundidad.

Otra estudiosa del tema, Graciela I. Domínguez (4), afirma, parafraseando a Salles y Tuirán (5), que la perspectiva de curso de vida ofrece un enorme potencial para conectar el desarrollo individual y familiar con las grandes estructuras y procesos macrosociales, en tanto que el concepto de trayectoria obliga al analista a moverse entre sincronía y diacronía, estructura y proceso, y entre *scripts* y acciones estratégicas. Esto significa para esta autora que los roles que desempeñan hombres y mujeres no se mantienen invariables a lo largo del tiempo, sino que experimentan cambios significativos que se deben registrar y analizar. De ahí la importancia de analizar –comenta la autora– los comportamientos reproductivos de hombres y mujeres en relación con sus ciclos de vida, y al mismo tiempo, diferenciar las variaciones que puedan registrarse en un mismo ciclo, tomando en cuenta las distintas trayectorias (4). La autora enfatiza que la diferencia entre lo masculino y lo femenino está siempre contextualmente definida, construida históricamente, y toma lugar en diferentes esferas macro y micro, tales como el Estado, el mercado de trabajo, la escuela, los medios de comunicación, el ámbito jurídico, la familia y los hogares, y las relaciones interpersonales. En este sentido, subraya que los resultados de algunas investigaciones muestran, en relación con el uso de métodos anticonceptivos, que un mismo hombre puede tener simultáneamente comportamientos diferentes dependiendo del tipo de vínculo que tenga con sus parejas

sexuales y las pautas culturales dominantes en la sociedad. La autora concluye afirmando que la paternidad debe analizarse en el contexto de un momento determinado de la vida de la persona, de la familia, y por lo tanto, de la relación de pareja; es decir, las personas no tienen actitudes o conductas atemporales.

Por otro lado, Salles y Tuirán (5) comentan que los contenidos principales del enfoque de la salud reproductiva son: “reconocer el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y efectivamente; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad, y permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción”. Por su parte, González Fagoaga (6) señala que el enfoque de la salud reproductiva ha permitido cuestionar el excesivo énfasis brindado en el pasado a la regulación y el control de la fecundidad, y otorgar una mayor atención a una de las funciones primordiales de las personas que es el disfrute y goce de su propia sexualidad, reconociendo explícita e implícitamente que la sexualidad humana no es un fenómeno que se exprese únicamente en la institución familiar o entre personas de diferente sexo.

Salles y Tuirán (5), basados en diferentes autores, resumen su postura sobre la salud sexual y reproductiva indicando lo siguiente: 1.-La sexualidad y la reproducción humana están inmersas en estructuras y redes de relaciones sociales, entre las que se perfilan, por ejemplo, las de poder y subordinación de clase y género. 2.-Los procesos de reproducción ocurren en contextos sociales y culturales específicos. 3.-Los actores sociales no son vistos como meros soportes o receptores de reglas, normas, valores, prescripciones y prácticas institucionales; también se reconoce que ellos son interpretes de y reaccionan frente a ellas, aceptando, modificando o rechazando sus prescripciones y acciones. Es



indispensable entender que las instituciones, al mismo tiempo que fungen como instancias estructuradoras de comportamientos y actitudes de grupos e individuos, son estructuradas por las acciones desplegadas por estos últimos. 4.-A pesar del peso de ciertas normas y reglas culturales hegemónicas que las rigen, ellas pueden ocurrir a través de prácticas culturales alternativas tales como la construcción de identidades, el control del cuerpo y la división sexual del trabajo, y que se expresan a través de vías como la familia, la escuela, la iglesia, el individuo mismo, etc. Así que para un mejor entendimiento de la salud reproductiva se deben tomar en cuenta tanto factores socioculturales como los referentes al grupo o clase social de pertenencia, además de factores como las asimetrías de género que permean la vida social de los varones.

Sobre este último aspecto, González Fagoaga (6) señala que, sin embargo, los servicios en materia de salud reproductiva se han centrado en las mujeres; los estudios sobre fecundidad, planificación familiar y salud reproductiva difícilmente se han acercado a conocer las actitudes, los comportamientos y las percepciones de los varones. Este autor, al igual que otros, sugiere que en este tipo de estudios se debe tomar en cuenta el contexto socioeconómico y cultural de los individuos, ya que estos factores pueden llegar a ser determinantes en la percepción y la conducta de la salud sexual de los individuos. Así, lo mismo que ha sucedido en los estudios de unidad doméstica está pasando en los estudios sobre salud reproductiva: los estudios se han emprendido desde la perspectiva de las mujeres, por razones obvias, pero se sabe muy poco acerca del punto de vista de los varones. Por otro lado, la tendencia anglosajona reciente sobre estudios de “masculinidad” ha privilegiado el análisis de los varones aislándolos de su entorno doméstico y/o familiar. Luego, entonces, nuestra idea es presentar aquí lo

que opinaron los varones –desde su perspectiva de género– sobre la temática de su salud sexual y llamar la atención acerca de cómo se toman las decisiones con respecto a la salud sexual y reproductiva. Partimos del supuesto de que los individuos no actúan en forma aislada y los varones tampoco tienen un control absoluto sobre las decisiones de su salud sexual y reproductiva. Nuestros datos de campo nos permitieron reconocer diferentes niveles de diálogo, negociación y resistencia en torno a su salud (sexual).

Por otra parte, en años recientes se ha criticado la discusión entre la dicotomía de lo público y lo privado de las vidas de las mujeres (7,8). Aunque esta discusión se ha referido principalmente a la cuestión laboral o las posibilidades de las mujeres de conciliar el trabajo con el ámbito de lo doméstico, la crítica también aplica para el concepto de masculinidad. Los hombres, además de trabajar, también tienen una esfera privada. Trabajos recientes como los estudios de Segal (9), Klein (10), Pronger (11), Brusco (12), Mirande (13), y Gutmann (14) –este último elaborado en un barrio popular de la ciudad de México– intentan ampliar la definición de lo que significa ser hombre. Habría que comentar que infortunadamente pocos de estos estudios relacionan el concepto de masculinidad con salud reproductiva. El trabajo de Gutmann, aunque dedica un capítulo al “sexo de los hombres”, ofrece escasa información sobre este tema. El autor señala que actualmente la discusión en torno a la vida sexual y los asuntos relativos tiene un contenido de mayor apertura entre los hombres de la ciudad de México que él entrevistó, y asevera que, en ocasiones, políticas comerciales de campañas que venden toallas sanitarias o condones han estimulado el diálogo más que la información proveniente de la familia, los amigos o las dependencias gubernamentales encargadas de la política de salud pública. Así mismo, indica que la

mayoría de los jóvenes entrevistados no han tenido discusiones con sus padres en torno a su sexualidad. Encuentra, sin embargo, casos en los que algunos varones sostienen que “son padres no sólo aquellos que engendran, sino también aquellos que atienden y alimentan a sus hijos”.

Gutmann también menciona que si bien el uso de medidas de planificación familiar es algo muy común entre la población, el uso de anticonceptivos sigue siendo básicamente responsabilidad de las mujeres. Para este autor resulta bastante clara la manera como los varones delimitan su identidad sexual; afirma, además, que los hombres perciben el acto sexual como una panacea para varios de sus problemas cotidianos: si tienes problemas de estrés, o no puedes dormir, lo que necesitas es hacer el amor. Otro aspecto interesante del trabajo de Gutmann, además de reconocer una actitud más tolerante de los varones hacia la homosexualidad, es su descripción del contacto físico entre los hombres. El autor menciona que prácticamente sólo en situaciones mediadas por el alcohol, o en actos deportivos, es bien visto que los varones se abracen o se toquen. Esto también fue corroborado por nosotros durante nuestro periodo de trabajo de campo: únicamente durante la euforia de los encuentros deportivos era bien visto que los hombres se tocaran y/o se abrazaran. Igualmente, cuando los hombres habían ingerido algunos tragos era muy común verlos abrazándose o toqueteándose. Solían ser estos momentos de expresiones emocionales y frases de afecto, rara vez expresadas en circunstancias que no estuvieran mediadas por el alcohol.

Según Gutmann, el adulterio sigue siendo percibido como resultado de que los hombres tienen “necesidades especiales”, aunque el autor también encontró que éste cobra importancia entre las mujeres. Es interesante llamar la atención sobre este asunto porque una de los reclamos típicos de algunos

varones tijuanenses es que “ahora que las mujeres trabajan no sólo son mas gritonas, sino que también se van con sus amigas a tomar algunos tragos, a bailar y probablemente hasta tener algún encuentro de tipo sexual con otros hombres. Antes, cuando las mujeres no trabajaban, no se veía nada de eso.” Es importante llamar la atención sobre este fenómeno debido a los riesgos de transmisión de enfermedades sexuales que dichas prácticas pudieran implicar. A pesar de la existencia de una doble moral, el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual no es ya sólo exclusivo de los hombres, sino también de las mujeres.

Al parecer, lo que está en el centro del debate son las posibilidades de cambio que se pudieran dar entre hombres y mujeres con respecto a sus prácticas sexuales y de salud en general. Por otro lado, el asunto no sólo se reduce a denunciar las asimetrías de poder entre los géneros. Aspectos como la manera en que se decide y quién decide la cuestión de la salud reproductiva y la salud sexual son de suma importancia ya que rebasan las fronteras de las decisiones individuales, y las decisiones de políticas públicas de salud que son tomadas no necesariamente parten de una consulta a la población en general, es decir, no son del todo democráticas.

Así, por ejemplo, Segal (9), estudiando el caso europeo y en particular Inglaterra, examina las resistencias de los hombres para cambiar, y para ello pone énfasis en lo que ella considera “diferentes masculinidades.” La autora comenta que, sin embargo, los hombres están cambiando: cada vez más se están involucrando en el cuidado de los hijos y en las tareas domésticas, y en general, están poniendo más atención a las demandas de las mujeres. A pesar de ello, señala que muchos hombres, aunque quisieran, no cambian debido a los constreñimientos o determinaciones de las estructuras económicas,



políticas y sociales de sus respectivos países. La autora da el ejemplo de cómo la clase y el estatus profesional tienen influencia sobre las personas. Observa que los obreros, particularmente en situaciones laborales de inseguridad, son los menos comprometidos en las labores domésticas y el cuidado de los niños.

Por otro lado, el proceso de socialización juega un papel esencial en lo que concierne a los roles y responsabilidades entre hombres y mujeres, y esto nos permite entender, en parte, algunas de las resistencias de los varones para ser ellos los que tengan que “cuidarse” para no tener embarazos no deseados. Sobre este tema Thorne (15), en su trabajo sobre el proceso de socialización entre niños de escuela primaria, observa que la organización y el significado de género están influenciados por la edad, la etnicidad, el sexo y la pertenencia a determinada clase social. Los niños participan en juegos o usan juguetes que se consideran socialmente apropiados según su sexo. Autos, pistolas, etc., para los varones, y muñecas, juegos de té, etc., para las mujeres. Este proceso de socialización, en el que se definen las identidades de género y los patrones de conducta que debe observar cada individuo, marca la permeabilidad o resistencia de, por ejemplo, los varones hacia el rechazo o aceptación de determinadas conductas. En este sentido, el entreveramiento de condicionantes culturales y económicos (de pertenencia a determinada clase) limita o posibilita la apertura o no de los varones hacia determinadas prácticas de salud sexual. Sin embargo, aún se tiene una idea bastante estereotipada del rechazo de los varones hacia el uso, por ejemplo, de condones por el supuesto de que éstos reducen el placer, o que los hombres no desean practicarse la vasectomía porque pudieran perder su virilidad. Consideramos que todavía se necesita documentar más al respecto y que podríamos encontrarnos con algunas sorpresas ya que los tiempos y algunas actitudes de los varones

están cambiando, como lo vamos a mostrar más adelante con algunos estudios de caso.

Por otra parte, se suele pensar que los varones no acuden al médico a checar su próstata por razones de machismo, porque es tabú entre la población masculina que otros hombres exploren sus anos. Creo que las cosas están cambiando y que necesitamos saber más de cómo opera este “tabú”, y describir y descubrir que están haciendo los hombres en sus vidas cotidianas para atender este tipo de asuntos sexuales. En este sentido, las críticas feministas más fuertes sobre las políticas de salud reproductiva tienen que ver con el cuestionamiento sobre los derechos de las personas a ser propietarias de sus cuerpos, y subrayan que muchas de estas políticas de salud son elaboradas por varones o grupos sociales que no necesariamente conocen las necesidades, los deseos y las problemáticas de hombres y mujeres de sectores populares. Además, existe el cuestionamiento de que mucha de la información que se recaba tiene la impronta de los varones que, como se mencionó, no necesariamente responde a las expectativas de las mujeres. En uno de los trabajos más críticos al respecto, Hill Collins (16) indica que los grupos que están en el poder, en este caso los hacedores de las políticas de salud reproductiva, suelen silenciar las voces de aquellos que no tienen acceso a los mecanismos de poder: minorías, mujeres, obreros, adolescentes, etc. Bell Hooks (17) va más allá y afirma que en muchas ocasiones el diálogo entre hombres y mujeres no se da, porque pudiera resultar subversivo para los grupos que están en el poder, y que la implementación de un diálogo “humanizado” constituye un mecanismo que desafía y ofrece resistencia a las formas de dominación que suelen tener los hacedores de las políticas de salud. Habría que decir, sin embargo, que este diálogo se está iniciando, no sólo con los hacedores de políticas de salud, sino –y principalmente–

entre hombres y mujeres en la vida cotidiana. Obviamente no sólo hay diálogo, también son comunes las fricciones, la dominación, las resistencias y las ambigüedades entre hombres y mujeres.

Se suele asumir como un hecho que la Iglesia tiene aún una enorme influencia en la población mexicana. Indudablemente, los valores que difunde el catolicismo mexicano, vía proceso de socialización entre las familias, hacen mucho más complicado el asunto de la salud reproductiva. A pesar de los innumerables casos de muerte por abortos mal practicados, la Iglesia sigue condenando las posibilidades de éste como un mecanismo de control sobre los hijos no deseados o el esparcimiento de los mismos. La Iglesia Católica Mexicana también se opone al uso de anticonceptivos, incluidos el condón, aún a pesar del creciente número de casos de sida y otras enfermedades transmitidas sexualmente. Sin embargo, nuestro trabajo de campo constató que la gente no es pasiva y que cada vez más tiene una actitud crítica hacia las prohibiciones de la Iglesia, sobre todo en lo que concierne al número de hijos que se desean y se puede mantener.

En un contexto fronterizo, como el de las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez, debemos preguntarnos qué papel juega y qué significa la presencia de las iglesias protestantes en relación con la salud sexual de la población. Así, por ejemplo, en su trabajo sobre el protestantismo en Colombia, Elizabeth Brusco (12) arriba a la conclusión de que existen menos prácticas de machismo entre la población adherida al protestantismo, básicamente porque entre esta población está prohibido el alcohol, el tabaco y las relaciones extramaritales. Este último aspecto es de suma importancia porque bajo esta restricción hipotéticamente los varones protestantes estarían en menos riesgo de contraer enfermedades sexuales. En el caso de la ciudades como Tijuana y

Ciudad Juárez, pudimos observar que este tipo de restricciones no necesariamente son observadas por la población en general, sino que es más bien la Iglesia como institución la que se opone abiertamente al aborto y al uso de los condones, pero como mencionamos arriba, no debemos subestimar a la gente ni suponer que es totalmente pasiva. En muchas ocasiones estas cuestiones son resueltas de manera individual en cada hogar. Lo mismo podría decirse de la población católica: ésta no necesariamente comenta a los sacerdotes que está usando algún tipo de medida anti-conceptiva o que está pensando operarse; de antemano saben cuál es la posición de la Iglesia Católica y prefieren decidir al interior de sus hogares lo que creen más conveniente. Varias de las personas que entrevistamos fueron bastante claras al respecto: no deseaban dejar de ser católicos, pero tampoco estaban dispuestos a recibir regaños o censuras de parte de personas que no conocían sus problemas personales.

Según Brusco (12), en los hogares protestantes existe menos violencia, como consecuencia de la supresión del alcohol. Esta autora encuentra que, en general, comparados con los hogares católicos, los hogares protestantes presentan una mejor economía debido a que lo que anteriormente se gastaba en alcohol ahora se destina directamente para el hogar (para reparaciones de la casa, para la adquisición de alimentos, para la educación de los hijos, etc.). La autora señala que con la conversión al protestantismo buena parte del comportamiento tradicional del machismo es transformada: la gran mayoría de los hombres no ingieren bebidas alcohólicas, no fuman ni tienen otra mujer. Aparentemente, el mundo social de los varones se transforma del típico mundo público varonil a un redefinido mundo privado donde la familia es el centro de todo. Sin embargo, la autora nota también que en el caso colombiano no hay una transfor-



mación de los roles típicos asignados a las mujeres: la preparación de los alimentos y el cuidado de los hijos continúan siendo responsabilidades de las mujeres.

Brusco realizó su estudio en un contexto rural de Colombia. Nosotros documentamos, en general, cómo se expresan este tipo de cambios en contextos urbanos y fronterizos como el de la ciudad de Tijuana. Así, en un trabajo elaborado en Ciudad Juárez por quien esto escribe (18), se encontró que el “efecto” del protestantismo en los hogares juarenses, aunque es de suma importancia, no ha implicado grandes cambios al interior de los hogares. Nos parece que más bien han sido las necesidades de ingresos extras para paliar la crisis económica, y la etapa del ciclo doméstico de los hogares, lo que ha incidido sobre posibles cambios en la cuestión de las relaciones de poder entre los géneros.

Comúnmente las iglesias protestantes consideran a las parejas de una manera tradicional: las mujeres son la iglesia, pero los varones son los legítimos representantes de Dios en la tierra. Es decir, la iglesia protestante, en general, reproduce las jerarquías tradicionales de mando entre hombres y mujeres, adjudicando el don de mando a los varones. Si bien exige de éstos abstenerse de fumar, de beber y de tener relaciones extramaritales, pide a las mujeres que obedezcan al jefe de familia. Luego, es necesario documentar cómo a través del proceso de socialización, vía familia, escuela, iglesia, medios de comunicación, etc., se reproducen ciertos patrones de conducta que pudieran favorecer o boicotear posibilidades de introducir cambios de conductas y mejoras en general en la salud sexual, tanto de los varones como de las mujeres.

En otros trabajos, autores como Raúl González (19), González López (20) y Cruz (21) dicen que los niveles de fecundidad en la

frontera norte mexicana son más bajos que la media nacional (con la excepción de la ciudad de México). El promedio del índice de fecundidad es de 3,0 hijos por familia en el caso de Tijuana, en tanto que la media nacional es de 3,8 hijos. Y estas cifras tienden a la baja, es decir, cada vez más en las ciudades de la frontera norte, las familias están teniendo menos hijos, debido básicamente a razones económicas y a los altos costos de la educación y los alimentos. Por ello, este tipo de información resulta sumamente interesante: nos permite entender no sólo las nuevas políticas de contratación de los empleadores, básicamente maquiladoras en el caso de las ciudades de la frontera norte, la situación económica de las familias que trabajan en éstas, y sobre todo, las políticas del Estado mexicano acerca del “número ideal de hijos” que deben tener las familias contemporáneas en México.

La información sobre el promedio de hijos en la frontera norte nos sugiere también la serie de discusiones, negociaciones y decisiones que al parecer se están tomando al interior de las familias fronterizas respecto al número de hijos deseados, particularmente en términos de poder brindarles el máximo de oportunidades que a la larga les permitan llevar una vida más fácil que la que las personas entrevistadas tuvieron. La cuestión se torna más interesante cuando se piensa no sólo en el número de hijos deseados, sino también el lugar donde se quiere o se puede tener éstos, y las discusiones y/o negociaciones que se dan al interior de los hogares sobre estos asuntos. Esto se puede captar con mayor detalle en los estudios de caso que se presentan más adelante. Basta decir aquí que dichos estudios muestran algunos cambios en las relaciones entre los géneros, particularmente con respecto a un mayor involucramiento de parte de los varones en los delicados asuntos de la salud sexual y reproductiva.



Así, por ejemplo, en un estudio sobre mujeres hispanas que cruzan a los Estados Unidos para recibir cuidado materno Wallace y Fullerton (citados en Vega Briones (22)) encontraron que las 587 mujeres que acudieron a los hospitales del condado de San Diego eran muy jóvenes, la mayoría no hablaba inglés y vivían en condiciones de pobreza. De éstas, 14% afirmaron que cruzaron hacia los Estados Unidos para recibir servicios de salud reproductiva, pero no necesariamente para tener sus hijos en esos hospitales, lo cual sí parece ser la norma en el caso del Hospital Thomason de la ciudad de El Paso, Texas (23). Las autoras señalan que las mujeres que entrevistaron, a pesar de vivir por abajo de la línea de pobreza, tenían niveles altos de educación formal y estaban casadas en su gran mayoría. Así mismo, las mujeres que Wallace y Fullerton entrevistaron reportaron que previo al embarazo no contaban con ningún tipo de servicio médico de cuidado materno. Expresaron, además, que las posibilidades de adquirir la ciudadanía norteamericana para sus hijos, junto con el acceso a mejores servicios de salud, constituyó un fuerte incentivo para cruzar la frontera y dar a luz en ese país.

3. El contexto del lugar de estudio: la ciudad de Tijuana

Dado que esta investigación se efectuó en la ciudad fronteriza de Tijuana, Baja California (México), deseamos ofrecer una pequeña semblanza de dicha ciudad. Tijuana se caracteriza por su alto crecimiento económico, así como por su gran atracción industrial, principalmente de maquiladoras estadounidenses y japonesas. Se calcula que en 2003 existían poco más de 600 maquiladoras en la ciudad, mismas que daban empleo aproximadamente a 100.000 personas. Si bien, luego de la crisis mundial de 2009, algunas de estas empresas cerraron o despidieron personal, en términos

generales esto no ha afectado los resultados de las entrevistas que hemos realizado, entrevistas que tuvieron un carácter de semiestructuradas, de tal forma que pudiéramos ampliar las preguntas y grabar las respuestas de las personas.

Tijuana tiene en la actualidad una población de aproximadamente 1'500.000 habitantes, de los cuales gran parte son migrantes de otras partes del país. Esta característica demográfica le imprime a la ciudad una serie de retos en términos, no sólo de empleo, sino también de cobertura educativa y acceso a instituciones de salud, o cobertura médica, en general. Así, el flujo migratorio que pasa por Tijuana es el de mayor intensidad a lo largo de la frontera. Las personas que llegan en búsqueda de mejorar su nivel de vida constituyen el principal factor que nutre la composición demográfica de la ciudad. Es la ciudad fronteriza de América Latina por donde más gente cruza a lo largo de año en forma documentada e indocumentada. Se sabe que más de 1'500.000 de personas cruzan anualmente en auto o a pie. Y de los cerca de 1'500.000 indocumentados que cruzan a lo largo de toda la zona fronteriza que comparte México con los Estados Unidos de Norteamérica, aproximadamente más del 50% cruzan entre las ciudades de Tijuana y Mexicali, Baja California, aunque actualmente un porcentaje considerable cruza por la región desértica del estado de Sonora, contiguo al de Baja California. Estos migrantes provienen de varios estados del país, principalmente del centro y la costa oeste, y de poblaciones rurales, los cuales constituyen el 52,5% de la población.¹

¹ En Tijuana se encuentran migrantes de los estados de Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Sinaloa y Nayarit, aunque recientemente se ha incrementado la presencia de población procedente de la ciudad de México y del sureño estado de Chiapas (datos del Plan Municipal de Desarrollo, año 2000).



4. El asunto de la próstata

Recientemente, el publicitado caso del popular actor Andrés García de alguna manera sensibilizó y permitió adquirir una mayor conciencia sobre el problema del cáncer de la próstata entre los varones. Sin embargo, las entrevistas que efectuamos parecen indicar que debido a la falta de información, y en muchas ocasiones como consecuencia de la falta de acceso al servicio médico “estatal” y a una infraestructura apropiada (aun a pesar de que comúnmente los obreros de las maquiladoras o cualquier tipo de empleado formal cuentan con la cobertura médica que proporcionan las diferentes dependencias del sector salud del Estado mexicano), ni los varones ni las mujeres suelen checar su estado de salud, a menos que se sientan mal o padezcan algún tipo de enfermedad considerada como seria.

Información cuantitativa sobre “defunciones generales” reportada al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para los años 1989-1996—como se puede observar en el cuadro 1— indica que en el caso concreto de la ciudad de Tijuana para 1989 hubo un total de 18 defunciones causadas por cáncer de próstata. Para 1996 se reportó un total de 25 casos de muerte debidas a este tipo de cáncer. Si bien pudiéramos pensar que comparados con los números totales a nivel nacional (que van de 2.281 muertes en 1989 a 3.247 en 1996), las defunciones causadas por este tipo de cáncer no son tan lacerantes para ciudades como Tijuana, y otras que se indican en la tabla respectiva anexa, en cambio sí sugieren que dichos incrementos en el número de defunciones debidas al cáncer de próstata han venido cobrando más vidas.

Presentado en otro formato, la misma fuente arriba aludida (24) ubica al caso del cáncer de la próstata como una de las principales causas de mortandad entre la población de

diferentes ciudades. Así, por ejemplo, este tipo de cáncer ocupa el lugar número 19 entre un total de alrededor de 200 causas de muerte. Para el año de 1995 ocupó en la ciudad de Tijuana el lugar número 13 de ese mismo número de principales causas de muerte. A pesar de que aún los números absolutos de causas de muerte siguen mostrando a las enfermedades del corazón como la principal causa de muerte en nuestro país, y también en la mayoría de ciudades de que se dispone información, sin embargo, no deben subestimarse ni el incremento ni el lugar que ocupa el cáncer de la próstata con respecto a constituir una de las principales causas de muerte contemporáneas en nuestro país. Evidentemente, esto lleva a plantear que el Estado mexicano debe revisar sus políticas de salud a fin de desarrollar campañas preventivas contra este tipo de cánceres.

Sobre la cuestión del “chequeo de la próstata” encontramos que aún existe mucha resistencia de parte de los varones mexicanos a ser auscultados vía anal, a pesar de las probabilidades de desarrollar cáncer de próstata. La información recabada durante las entrevistas de campo muestra, sin embargo, que parte del problema es la falta de información con respecto a qué es la próstata, cuáles son sus funciones, a qué edades se deben practicar los chequeos, y sobre todo, un enorme desconocimiento de que ésta también se puede checar a través de análisis de muestras de sangre. Habría que agregar que instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) suelen carecer de los reactivos para que los varones chequen las condiciones de salud de su próstata vía muestras de sangre. Esto último era ignorado incluso por los profesionistas que entrevistamos. Si bien la gran mayoría de las personas entrevistadas tenían al menos una idea vaga de la auscultación anal, nadie sabía que también a través de la sangre se podían conocer las condiciones de la próstata. Las



CUADRO 1
DEFUNCIONES POR CÁNCER DE PRÓSTATA, HOMBRES DE 40 AÑOS Y MÁS, 1985-1998

Ciudad/Años	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Nacional	1,803	1,795	1,919	2,076	2,281	2,342	2,492	2,470	2,708	3,017	3,157	3,247	3,421	3,541
Ciudad Juárez	19	14	24	26	27	31	28	23	29	23	25	31	22	19
Distrito Federal	271	244	276	295	306	292	348	335	330	351	391	385	433	463
Guadalajara	48	47	51	70	60	83	74	104	78	96	96	93	77	96
Matamoros	6	3	8	14	7	5	11	8	10	14	5	9	15	16
Mérida	17	32	31	15	14	27	18	23	26	17	26	31	25	27
Mexicali	14	13	17	15	20	19	21	25	27	28	26	29	29	43
Monterrey	30	44	45	39	47	32	42	36	33	59	46	40	52	54
Morelia	12	7	14	12	16	10	17	18	19	20	22	27	25	20
Nogales	5	3	1	1	4	6	4	3	2	4	12	6	2	3
Nuevo Laredo	4	5	7	3	10	8	5	6	3	4	8	12	11	7
Puebla	23	34	26	29	32	27	38	22	34	32	41	43	35	55
Reynosa	10	5	7	8	7	4	12	7	11	9	9	12	9	10
Tapachula	2	4	3	2	5	7	6	4	6	9	11	10	9	5
Tijuana	11	13	12	16	18	17	25	11	24	17	32	25	23	29
Tuxtla Gutiérrez	3	3	2	5	6	8	7	11	7	7	9	7	5	9
Veracruz	9	13	14	19	11	6	23	14	20	17	12	18	28	18

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática -INEGI- (24-26).



entrevistas dejaron ver también que la gran mayoría de los varones incluidos el sector de profesionistas entrevistados acuden al servicio médico sólo cuando se sienten enfermos, y que rara vez se hacen chequeos si no se los ha solicitado un médico.

Las resistencias de los varones en torno a las implicaciones de la exploración anal, independientemente de que ésta sea efectuada por personal médico, aún son predominantes entre los varones mexicanos. Entre éstos la exploración anal sigue siendo interpretada como algo cercano a una relación de tipo homosexual. En parte por presión social de otros hombres, en parte por ignorancia, nadie desea que alguien, así sea un médico, le introduzca un dedo en el ano. Para algunos hombres esto es considerado como “equivalente a perder la virginidad o sufrir cierto tipo de violación de lo más íntimo que posee un hombre.” Habría que aclarar que en México, a diferencia de otros países, en términos generales, todavía se considera homosexual sólo a aquel varón que es penetrado, y no al que penetra.

5. Vasectomía

En torno a la práctica de la vasectomía, aún existen una serie de mitos y prejuicios con respecto a una supuesta pérdida de virilidad o vigor sexual entre aquellos varones que se atreven a hacerse esta intervención quirúrgica menor. En Tijuana la cuestión de los métodos anticonceptivos, incluida la vasectomía, todavía suele ser considerada como “un asunto que compete a las mujeres.” En esta actitud ha tenido mucho que ver la educación médica en México que ha dirigido sus campanas de planificación familiar fundamentalmente hacia las mujeres, haciendo a éstas por lo general responsables de dichas medidas del control de la natalidad. Cuando hicimos preguntas sobre métodos de

planificación familiar, y sobre vasectomía en particular, una buena proporción de varones dijeron que ellos no contaban con ese tipo de información, que le preguntáramos a sus esposas. Muchas mujeres no sólo veían esto con bastante “naturalidad” sino que, inclusive, tenían bastante claro y era entre ellas absolutamente aceptable y normal que se les “reconociera” como las encargadas o responsables de “esos asuntos.”

Hubo varones que, por ejemplo, comentaron que era quirúrgicamente más fácil efectuar un amarre de trompas de falopio a las mujeres que realizar vasectomías entre los varones, porque mientras se podían fácilmente desamarrar las trompas para que las mujeres volvieran a tener hijos, en el caso de la vasectomía ya no había marcha atrás, “si te hacen la vasectomía jamás podrás volver a tener hijos, es una operación irreversible y he oído que sexualmente pierdes mucha potencia.” Afortunadamente, no todos los hombres tienen este tipo de concepción y hay quienes consideran la vasectomía como una buena opción cuando sus compañeras han estado teniendo problemas con los anticonceptivos, o cuando el médico les dice que podría ser riesgoso efectuar una intervención quirúrgica, como se puede constatar a través de los estudios de caso presentados al principio de este artículo.

En este sentido, varios varones manifestaron que estarían dispuestos a efectuarse la vasectomía para no poner en peligro la vida de sus compañeras. Lo interesante del caso es que los varones que manifestaron mayor disposición a la vasectomía se encuentran sobre todo entre el sector de población que trabaja en las maquiladoras, tanto entre obreros como entre quienes desarrollan funciones de supervisión. Varios de ellos contaron que en sus lugares de empleo continuamente les daban pláticas referentes al control de la natalidad y que también en

el IMSS los orientaban sobre los diferentes mecanismos de control de la natalidad y prevención de enfermedades transmitidas sexualmente.

El problema es que ideológicamente todavía se continúa reproduciendo la idea y la práctica, tanto en las familias como entre el personal médico, de que el “asunto” del uso de métodos anticonceptivos es responsabilidad exclusiva de las mujeres. Hubo personas entrevistadas que, por ejemplo, sostienen la idea de que la vasectomía es un mecanismo de control de los hombres sobre la sexualidad de las mujeres, y aducen que sería relativamente fácil para un hombre darse cuenta si su compañera está teniendo relaciones con otros hombres. Lo interesante de lo que nosotros observamos en Tijuana es que existe también, de parte de los varones, una preocupación genuina por proteger a sus compañeras ante posibles complicaciones o riesgos potenciales a partir del uso de diferentes métodos de planificación familiar. A pesar de esto, la gran mayoría de los varones que entrevistamos expresaron que el uso de métodos anticonceptivos era una responsabilidad femenina.

En la mayoría de los casos en que se sugirió algún método definitivo, para ya no tener más hijos, comúnmente los varones, incluido el personal médico, solían sugerir a las mujeres que fueran ellas las que se operaran. Lo interesante de la información cuantitativa que revisamos, misma que se anexa al final de este documento, indica que en las siete ciudades de las que se tiene información, en todas ellas hay una tendencia en el incremento de varones que recurren a la vasectomía. Aunque los números aún son modestos comparados con las “salpingoelastias”, sin embargo, muestran una tendencia hacia una mayor participación de parte de los varones en este tipo de prácticas anticonceptivas “definitivas” (ver cuadro 2).

CUADRO 2
NUEVOS USUARIOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
DEFINITIVOS, 1994-1996

Estado	1994	1995	1996
Baja California			
Salpingoelastia	6,955	7,554	8,531
Vasectomía	835	856	911
Chiapas			
Salpingoelastia	15,672	19,103	20,872
Vasectomía	218	649	591
Chihuahua			
Salpingoelastia	9,528	10,071	11,073
Vasectomía	1,437	1,711	1,937
Jalisco			
Salpingoelastia	12,514	17,850	18,675
Vasectomía	1,236	1,404	1,836
Michoacán			
Salpingoelastia	9,392	10,565	13,334
Vasectomía	775	843	1,042
Puebla			
Salpingoelastia	11,680	14,270	6,874
Vasectomía	1,210	2,074	889
Tamaulipas			
Salpingoelastia	9,165	10,322	10,141
Vasectomía	399	488	749

Fuente: INEGI (27).

En el caso concreto del estado de Baja California, durante 1994 fueron reportados 835 casos de vasectomía. En otros estados fronterizos como Chihuahua se reportaron en ese mismo año un total de 1.437 vasectomías. En estados más grandes como Jalisco hubo en 1994 un total de 1.236 casos de vasectomía. El estado que menos casos de vasectomía reportó fue el de Chiapas, con un total de 218 para 1994. Como mencionamos arriba, estas cifras se incrementaron tanto para 1995 como para 1996. Así, Baja California pasó de 835 vasectomías en 1994 a 911 en 1996. Chihuahua pasó de 1.437 casos a 1.937 en 1996. Jalisco también experimentó un incremento considerable al pasar de 1.236 a 1.836 casos de vasectomía durante 1996. Chiapas reportó durante 1996 un total de



591 vasectomías. Un caso muy interesante es el del estado norteño de Tamaulipas, el cual reportó en 1994 sólo 399 vasectomías, pero durante 1996 da cuenta de un total de 749, siendo este el estado que vio incrementado de una manera más espectacular el caso de vasectomías (la fuente de datos proviene de los anuarios estadísticos estatales del INEGI, años 1995-1996).

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, la cuestión de las medidas de planificación familiar todavía son “asuntos” que suelen ser dejados bajo la responsabilidad de las mujeres, y se continúa percibiendo a éstas como los sujetos principales del control de la natalidad. La fuente arriba señalada muestra que mientras, por ejemplo, en el caso de Baja California durante 1994 se efectuaron 835 vasectomías, se practicaron 6.955 salpingoclasias. Es decir, las mujeres siguen siendo la población objeto de las políticas de planeación familiar. Esa misma fuente de información reporta números y proporciones semejantes en los otros estados revisados (Chiapas, Chihuahua, Jalisco, Michoacán, Puebla y Tamaulipas). Los casos que más llaman la atención son los de los estados de Chiapas y Tamaulipas. En el primero durante 1994 se practicaron 15.672 salpingoclasias, contra sólo 218 vasectomías. Para el año de 1996 se practicaron en este mismo estado 8.531 salpingoclasias contra 911 vasectomías. En el caso del estado de Tamaulipas, en 1994 se practicaron un total de 9.165 salpingoclasias contra 399 vasectomías. Para 1996 se tiene registro de 10.141 salpingoclasias contra 749 vasectomías.

Nuevamente las cifras revelan, de manera contundente, cuál sigue siendo la población objeto de las campañas de control de la natalidad en nuestro país. Infortunadamente, este tipo de fuente de datos no permite conocer cuántas de estas mujeres aceptaron de manera voluntaria someterse a este tipo de

métodos definitivos, y tampoco dice mucho de la serie de circunstancias que permiten entender la razón de ser de ese tipo de decisiones. De hecho, históricamente, se tiene noticia de que en algunos estados el gobierno federal estuvo practicando, sin previa consulta, este tipo de métodos definitivos entre la población campesino/indígena del país. Quizás por esta razón son tan elevados los casos de salpingoclasias reportadas para el estado de Chiapas (15.672 para 1994 y 20.872 para 1996, contra 218 y 591 vasectomías para esos mismos años).

6. Condomes

A pesar del relativo éxito de las diferentes campañas para que los varones hagan uso de condones, a fin de prevenir contagios de enfermedades transmitidas sexualmente, la cultura popular y los medios de comunicación aún propagan la idea de que los hombres son reacios a usarlos, bajo el pretexto de que el placer sexual no es el mismo. Pensamos, sin embargo, que la información que se difunde a través de instituciones oficiales y de algunos medios de comunicación (incluido el cine) no necesariamente es confiable, dada la naturaleza sensible de estos asuntos. Evidentemente, las percepciones y las conductas sexuales varían según edad, nivel de escolaridad, estatus social, credo religioso, género y etnicidad.

A partir de la enorme publicidad en torno a la expansión del sida entre población de todas las edades y diferentes clases sociales, se tiene hoy en día datos sobre algunos aspectos de la salud sexual de los mexicanos. González Fagoaga (6) dice que a fin de conocer las actitudes, los comportamientos y las percepciones sobre sexualidad de los varones, se han levantado algunas encuestas entre población joven. Éstas, al parecer, han pretendido más bien definir los factores relacionados con

el embarazo en las adolescentes, su actitud hacia el sida, su conocimiento y práctica en el uso de anticonceptivos, y sus carencias y requerimientos de información sexual en general. Este autor comenta que infortunadamente no existe una fuente de información que permita tener una visión integral de las percepciones, las actitudes y las prácticas sexuales tanto de los varones como de las mujeres. Los estudios que se han realizado acerca de las prácticas sexuales de los jóvenes, en términos generales, se han centrado en poblaciones muy específicas, lo cual si bien permite tener un panorama parcial del problema, no muestra una visión general ni comparativa en cuanto a cómo perciben tanto hombres como mujeres su sexualidad, su salud y su función reproductora.

En este sentido, consideramos que, en términos generales, en México todavía sobreviven demasiados mitos sobre la supuesta actitud machista de los varones, actitud que hipotéticamente estaría boicoteando los intentos de las mujeres de gozar de mejores condiciones de salud sexual. Nuestras entrevistas nos permitieron ver que los varones mexicanos de la ciudad fronteriza de Tijuana ya no son tan machos como la cultura popular los suele presentar, y que están cooperando con las mujeres, todavía en forma modesta, mediante el uso de condones, a fin de prevenir la expansión de enfermedades transmitidas sexualmente, tanto con su pareja como cuando llegan a tener relaciones sexuales extramaritales. Consideramos que los hombres están cooperando con las mujeres, esto lo pudimos constatar a través de la nada fácil decisión de practicarse la vasectomía. Y decimos nada fácil decisión, por toda la serie de implicaciones (constreñimientos) culturales que aún prevalecen entre muchos hombres con respecto a practicarse esta intervención.

está cambiando. Creemos que los bajos niveles de fecundidad en la frontera norte de México (2,2, 2,3 y 3,0 para los casos de Nuevo Laredo, Ciudad Juárez y Tijuana, respectivamente, según Raúl González (28)) perfilan esta nueva cultura de salud de la población fronteriza, en el sentido de que se están tomando medidas de planificación familiar y de prevención de riesgos de contagio sexual (ver cuadros 3 al 8). Evidentemente, las condiciones económicas de la población y los proyectos de desarrollo personal y/o profesional, tanto de hombres como de mujeres, también han estado empujando a éstos para espaciar los embarazos, decidir sobre el número de hijos deseados, y acerca del acceso y uso de métodos anticonceptivos como el condón.

Sin embargo, las entrevistas también nos dejaron entrever que algunos hombres están modificando algunas de sus actitudes acerca de estos asuntos de salud, y están siendo más cuidadosos en el uso, por ejemplo, de condones, a fin de prevenir enfermedades que no sólo pudieran minar su salud, sino también la de su familia. Esto no significa que, por ejemplo, los hombres sean menos infieles, pero sí ha contribuido a que sean más responsables en sus prácticas sexuales. De hecho, como métodos de control de la natalidad para los hombres sólo existen los condones, la vasectomía y la abstinencia, mientras que para las mujeres existe toda una industria que va de los preservativos, la píldora, el DIU, las inyecciones, etc.

Sobre el uso de condones, a través de información reportada por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992 (ver cuadro 6) se puede observar que en el caso particular del estado de Baja California sólo un 7,62% de la población encuestada usa preservativos y espermaticidas como uno de los principales métodos anticonceptivos. Esa misma fuente revela que un 33,10% recurren



PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LOS HOMBRES DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO EN RELACIÓN
CON EL USO DE CONDONES, PRÁCTICA DE LA VASECTOMÍA Y CHEQUEOS DE PRÓSTATA

CUADRO 3
USUARIAS ACTIVAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (PORCENTAJES), 1992

Estado	Usuarias activas	Localidad de residencia		Condición de actividad	
		Rural	Urbana	Activas	Inactivas
Baja California	49,7	8	92	28,7	71,3
Chihuahua	47,4	14	86	29,8	70,2
Coahuila	48,8	9,8	90,2	25,2	74,8
Nuevo León	46,2	4,4	95,6	24,9	75,1
Sonora	45,2	20,6	79,4	21	79
Tamaulipas	43	12,7	87,3	27,4	72,6
Nacional	40,2	11	89	26,4	73,6

Fuente: INEGI (29).

CUADRO 4
USUARIAS ACTIVAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES (PORCENTAJES), 1992

Estado	Estado civil					
	Unión libre	Separada	Divorciada	Viuda	Casada	Soltera
Baja California	24,1	4,5	0,8	0,6	68	2,1
Chihuahua	18,7	3,3	1,4	0,8	73,4	2,5
Coahuila	7,6	2,1	0,4	0,2	88,7	1
Nuevo León	4,4	2,4	1	0,8	89,9	1,6
Sonora	19,3	2,8	1,6	0,5	72,3	3,5
Tamaulipas	17,9	2,8	0,4	0,8	73,3	4,8
Nacional	54,7	31,6	37,8	24,7	65	2,5

Fuente: INEGI (29).

CUADRO 5
USUARIAS ACTIVAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR GRUPO QUINQUENAL DE EDAD DE LAS MUJERES (PORCENTAJES), 1992

Estado	Grupo de edad					
	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
Baja California	6,1	14,7	21,2	19,7	16,2	11,7
Chihuahua	5	20	21,2	19,6	16,6	10,3
Coahuila	6,7	23,8	24,6	20,1	13,1	6,11
Nuevo León	2,8	16,4	20,1	25,7	14,8	1,1
Sonora	4,2	13,4	20,2	23,3	17,5	10,9
Tamaulipas	4	16,9	23,1	23,1	13,9	9
Nacional	3,8	13,6	19,3	19,8	17,2	12,4

Fuente: INEGI (29).

CUADRO 6
USUARIAS ACTIVAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR TIPO DE MÉTODO EMPLEADO (PORCENTAJES), 1992

Estado	Pastillas / Inyecciones	DIU	Nortplant	Óvulos, jaleas, espumas	Preservativos y espermaticidas	OTB
Baja California	33,1	10,59	0,05	0,31	7,62	34,15
Chihuahua	36,18	23,41	-	0,32	5,25	26,38
Coahuila	44,34	22,12	-	0,59	4,83	17,69
Nuevo León	18,82	29,61	-	0,54	7,11	29,51
Sonora	30,5	20,08	-	0,64	5,57	36,27
Tamaulipas	36,4	15,17	-	-	6,07	31,93
Nacional	20,42	17,7	-	-	5,03	43,29

Fuente: INEGI (29).

CUADRO 7
RAZONES DE NO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (PORCENTAJES), 1992

Estado	Falta de acceso	Lactancia/ no necesita	Desacuerdo de la mujer	Desacuerdo de la pareja	Temor a efectos colaterales	Desea más hijos
Baja California	2	2,9	1,4	1,6	0,6	5,3
Chihuahua	3,2	2,1	3,6	0,6	1,1	4,4
Coahuila	1,5	1,1	2,1	0,7	1,9	5,8
Nuevo León	0,3	1,4	2,4	0,2	0,1	3,4
Sonora	1,2	4,3	2,8	0,5	1,1	5,1
Tamaulipas	0,8	3,4	2,2	2,2	1,2	5,5
Nacional	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: INEGI (29).

CUADRO 8
FUENTE DE OBTENCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (PORCENTAJES), 1992

Estado	IMSS	ISSSTE	Centros de salud	Otra gobierno	Farmacia	Otro
Baja California	24,8	2,9	30,2	-	38,4	3,8
Chihuahua	11,1	-	20,1	18,9	49,9	
Coahuila	28,9	8,1	30,1	-	27	5,9
Nuevo León	21,5	3,3	20,3	-	36,3	18,6
Sonora	28,5	-	16,8	7,2	45,5	2
Tamaulipas	26,2	-	14,4	4,8	38,3	16,3
Nacional	41,1	4,3	14,9	5,9	18,4	0,5

Fuente: INEGI (29).



a pastillas e inyecciones, y un 34,15% a la salpingoclasia. Nuevamente se puede apreciar que en el uso de métodos anticonceptivos las usuarias de los principales métodos continúan siendo las mujeres. Dicho en otras palabras, las políticas de control de la natalidad continúan teniendo como población objetivo a las mujeres, suponemos que básicamente por razones culturales, mismas que reflejan las asimetrías de poder entre hombres y mujeres. De seis estados analizados, Baja California aparece como aquel con los porcentajes más altos de usuarios de preservativos, aunque sólo en el caso de Coahuila se aprecia una diferencia relativamente significativa. En este último estado, sólo el 4,83% de la población usa preservativos. Los porcentajes restantes de usuarios de métodos anticonceptivos se distribuyen entre usuarias de pastillas e inyecciones (44,34%), Dispositivo Intrauterino (DIU) (22,12%), y salpingoclasia (17,69%), principalmente. Esta misma fuente de datos muestra a Baja California con el número o porcentaje mayor de varones vasectomizados (2,43%) y al estado de Nuevo León con el menor porcentaje al respecto (0,02%). Curiosamente, en Nuevo León el porcentaje de usuarios de preservativos es casi semejante al del estado de Baja California, es decir, el 7,11% hacen uso de condones. Aunque en Nuevo León los porcentajes de salpingoclasias (29,51%) no son tan altos como en Baja California, sin embargo, las usuarias de pastillas e inyecciones (18,82%) y del DIU (29,61%) sí contribuyen con porcentajes considerables como medidas de planificación familiar.

Habría que agregar que los porcentajes nacionales son algo distintos a los aquí reportados, y en términos generales, se asemejan más al caso del estado de Nuevo León que a los otros estados aquí reportados. Aunque en el caso de la información reportada sobre el uso de preservativos existe un comportamiento similar entre los estados aludidos, y

la media nacional (5,03%) de la población hace uso de condones, estos porcentajes son más bajos que los de los estados con respecto al uso de métodos anticonceptivos. A nivel nacional, el porcentaje más alto de métodos anticonceptivos lo ocupa el caso de las salpingoclasias (43,29%).

Quisiéramos resaltar que pudiera existir una subestimación considerable con respecto a los usuarios de preservativos, ya que los datos aquí reportados por dicha encuesta fueron obtenidos a través de las mujeres, lo cual no permite calcular el porcentaje real o aproximado de los varones que están haciendo uso de preservativos (particularmente porque algunos de éstos pudieran estar haciendo uso de condones en relaciones extramaritales), aunque sí permite tener una visión general de ciertas tendencias con respecto al uso de métodos anticonceptivos.

7. Las entrevistas: a manera de ilustración

A continuación, presentamos algunos extractos de entrevistas a manera de ilustración. Decidimos dejarlos así para que los lectores realicen su propia interpretación, aunque en las conclusiones se analizan los casos en conjunto.

Estudio de caso n.º 1

Raúl R. y su esposa Esperanza (todos los nombres siguientes son ficticios) discutieron largamente con respecto a que fuera Raúl el que acudiera al médico para ya no tener más hijos. En relación con esta decisión, Raúl comentó que su salario no alcanzaba para sufragar los gastos de una familia que tenía dos niños en escuela secundaria y un niño de menos de un año que demandaba alimentación especial porque la madre no

había podido alimentarlo con leche materna. “Así que le dimos varias vueltas al asunto, yo no quería que mi mujer trabajara, pienso que cuando una mujer trabaja descuida la educación de los hijos, particularmente cuando estos son pequeños. Fue entonces que nos decidimos por eso de la vasectomía.”

El asunto de mi operación para no tener más hijos fue más sencillo. Resulta que mi mujer estaba teniendo muchos problemas con los anticonceptivos que le recetaban los médicos del Seguro Social. Uno de esos médicos le recomendó que ya no se volviera a embarazar, porque su vida podría correr peligro. Le dijo que era una de esas mujeres de alto riesgo, y fue así como empezamos a platicar sobre la posibilidad de que se operara. Pero el médico le dijo que con la operación también corría riesgos. Yo no podía entender, total parece que todo eso de la operación sólo se trata de amarrar unas cosas y ya, trompas creo que les dicen. Pero ni modo, me puse a pensar que si ella se operaba y le iba mal nunca me iba a perdonar dejar a mis hijos sin su madre. Entonces le preguntamos al médico que tal si era yo el que se operaba, y el médico me explicó todo eso de la vasectomía. Hasta me dijo que en los hombres esta operación es muy rápida y que casi ni anestesia ocupaba, porque todo era muy rápido. Me dijo, además, que no iba a perder mi potencia sexual y que mis relaciones iban a ser como de costumbre. Nos dio un tiempo para pensarlo. Lo platicamos largo y tendido mi mujer y yo, y finalmente, llegamos a la conclusión de que si realmente no había riesgos para mí, entonces yo debería operarme para no poner en peligro la vida de mi mujer. Como que primero la idea no me convencía, pero no dejaba de pensar en mis hijos. Claro que esto no era para estarlo platicando de cantina en cantina, pero sí me daba mucha curiosidad saber qué pensaban otros hombres. Desafortunadamente, no tenía amigos que se hubieran hecho la operación.

Fue un conocido de uno de mis hermanos el que me platicó cómo estaba la cosa. Me dijo que efectivamente todo era como me había dicho el doctor. No se crea, me dio harta pena platicarlo con mi hermano y su conocido. Son cosas muy íntimas que los hombres no lo platican con cualquiera, pero ahora creo que los hombres estamos bien tapados. Si más hombres se operaran, no habría tantos niños muriéndose de hambre. Además, es una tontería eso de que se pierde vigor sexual. Uno es el mismo, uno funciona igual, todo es por el miedo que sienten los hombres ante algo de lo que no conocen casi nada, y por el machismo que tenemos bastante enraizado los mexicanos. Pero véame, aquí estoy, soy el mismo, no me volví homosexual ni perdí mi potencia sexual. Así que así fue como decidimos mi esposa y yo, juntos, que ella entrara a trabajar y que luego yo me hiciera la mentada operación de hombres (la vasectomía). Así fue, todo lo decidimos de común acuerdo. Se lo recomiendo a todos y sobre todo que dejen de ser tan machistas. Yo creo que un hombre machista es el que debería preocuparse por el bienestar de su familia y eso es todo lo que cuenta, lo demás es pura fanfarronería. Además, es más bonito si todo se decide en común acuerdo con su esposa. Creo que a muchos hombres les hace falta un poco de inteligencia para darse cuenta que el secreto para llevar la fiesta en paz en un familia es dejar que su esposa sea tomada en cuenta. Ahora creo que por eso algunas mujeres dejan a sus esposos o les ponen el cuerno, porque éstos no saben escuchar a sus mujeres ni las dejan participar en las decisiones. Las mujeres son muy nobles y aguantadoras, pero los hombres tienen que aprender a dejar participar a sus esposas en todo lo que beneficie a la familia.

Estudio de caso n.º 2

Moisés G. tiene 30 años de edad. Es originario de Durango, Durango. Estudió hasta



tercer año de secundaria. Labora como obrero en una maquiladora. Está casado con Josefina R. Ésta tiene 36 años de edad y también es originaria de Durango, Durango. Ella sólo tiene estudios de primaria, y en estos momentos se dedica únicamente al hogar. Tienen tres hijos, de nueve, ocho y un año de edad. Moisés relató que sólo programaron el último embarazo, aunque su esposa tomaba anticonceptivos, “antes de tener el último hijo decidimos darnos más tiempo antes de encargarlo. Sólo mi esposa tomaba pastillas, yo nunca he usado nada, ni siquiera tengo idea de qué tipo de pastillas podría yo tomar. Y ahora mi esposa está operada porque ya no queremos tener más hijos.”

Aunque Moisés recientemente se hizo cristiano (una de las varias agrupaciones protestantes que existen en las ciudades fronterizas mexicanas), nunca le molestó que su esposa usara anticonceptivos. Dijo que éste era un problema de las religiones, no de las personas, que la gente en lo que piensa es en darle de comer a los hijos y proveerlos de estudios.

Me cambié de religión porque tomaba mucho y le pegaba a mi mujer. Le llegué a tirar varios dientes, y pues ya quería yo acabar con eso. Ahora Dios me ha hecho el milagro, ya no tomo ni golpeo a mi mujer, y paso más tiempo con mi familia. Pero que le puedo decir, eso fue lo que yo aprendí de mi papá, mi papa era muy tradicionalista y muy machista, y como era hombre de campo, pues nos enseñó a ser muy duros. Pero ahora las cosas han cambiado, ahora le ayudo a mi esposa en los quehaceres de la casa, a cocinar, a bañar a los niños, a cambiarlos. Lo único que no me gusta es que mi esposa trabaje, y no es por machista, pero si ella trabaja y si sólo le van a pagar el salario mínimo, ¿cuánto le va a quedar para pagar a alguien que cuide a los niños mientras nosotros estamos trabajando? ¿Cuál es la idea de ganar el mínimo para pagar otro salario mínimo a alguien

que vaya a cuidar a los niños?, ¿dónde está la ganancia de esto?

Estudio de caso n.º 3

Edwis E. tiene 29 años de edad. Ha trabajado en los Estados Unidos. Estudió sólo hasta el tercer año de secundaria. Trabaja como policía en el municipio. Su esposa, de nombre Rosa, se dedica únicamente a las tareas del hogar. Ella tiene 33 años, estudios de secundaria, y nunca ha trabajado en los Estados Unidos. Edwis piensa que

Eso de los anticonceptivos es una navaja de doble filo, son buenos sobre todo ahorita, con todos los problemas que hay de enfermedades sexuales, y sirven para planificar la familia, pero también para que las mujeres puedan engañar a sus esposos, si ellas así lo desean, sin el temor de quedar embarazadas, sin el temor a la prueba de la infidelidad. Yo nunca he usado ningún tipo de anticonceptivo, pero si fuera necesario los usaría. Yo jamás estaría dispuesto a operarme. ¡Eso sí que no! Es más fácil la operación en la mujer que en los hombres. A las mujeres sólo se les corta un pedazo de las trompas de falopio y ya, y es más fácil operarlas nuevamente si quieren volver a pegárselas. En el caso del hombre ya no hay marcha atrás, si te operan ya no podrías volver a ser papá. Este es el inconveniente por el que yo jamás me operaría. Pero está bien usar anticonceptivos porque ahora las familias ya no son tan grandes como las de antes, ahorita ya no funciona tener cinco o diez hijos, ahora lo más usual es tener sólo dos o tres hijos, porque la vida está muy cara y los ingresos no alcanzan para mantener tanta familia.

Estudio de caso n.º 4

Víctor C. tiene 18 años de edad. Estudió hasta el tercer año de secundaria. Nunca ha trabajado en los Estados Unidos. Es obrero en una

maquiladora. Vive en unión libre con Lorena H. Ella tiene también 18 años de edad, estudió hasta tercero de secundaria, nunca ha trabajado en los Estados Unidos, y se dedica al hogar. Tienen una hija de cinco meses de edad. Víctor comentó que todo mundo debería de usar anticonceptivos (condones en el caso de los varones y la píldora en el caso de las mujeres), especialmente si no se quiere tener tanta familia. Expresó que él sólo quiere tener un hijo y luego operarse, que ha estado yendo al IMSS a informarse “sobre esa operación de la vasectomía.” Explicó que ellos no pudieron planificar su familia, que por eso se habían juntado, porque Lorena quedó embarazada. “Yo soy el que se cuida para no tener más hijos, no me molesta para nada. Prefiero ser yo el que se cuida porque, por ejemplo, ahorita la niña está tomando pecho y si mi mujer tomara algún anticonceptivo, pues éste le podría hacer daño a la niña. Por eso prefiero yo cuidarme”. Víctor comentó que en este momento no le gustaría que su esposa trabajara, “porque la niña está muy chiquita y le molestaría que la dejaran con otra persona, que cuando crezca la niña sí va a dejar que su esposa trabaje, porque con el sueldo de una sola persona es muy difícil mantener hoy en día a una familia”.

Estudio de caso n.º 5

Esteban V. tiene 41 años de edad. Cuenta con estudios profesionales en Ingeniería. Ha trabajado en los Estados Unidos y tiene un negocio propio de arreglos florales. Está casado con María S. Ella tiene 39 años de edad, estudios de primaria, nunca ha trabajado en los Estados Unidos, y ayuda en el negocio de venta de flores. Tienen un par de hijos, de 18 y 17 años de edad, y ambos estudian y ayudan en el negocio de las flores. Esteban opinó acerca de los métodos anticonceptivos que él nunca los ha usado y piensa que a la larga son malos porque el organismo los va a rechazar algún día. “No estoy de acuerdo

en su uso, si usted no desea un hijo pues opérese u absténgase de tener relaciones sexuales. Esteban expresó que él jamás se operaría. En mi caso lo que sucedió es que a mi esposa la operaron de la matriz porque durante los embarazos se ponía muy mal, y por eso el médico tuvo que operarla. Esto vino a ser una medida de protección para ella”. Esteban dijo que en su casa todos cooperan en las labores domésticas, aunque no de muy buen gusto.

Estudio de caso n.º 6

Oscar R. tiene 31 años de edad. Tiene estudios de preparatoria. Nunca ha trabajado en los Estados Unidos. Trabaja como supervisor en una maquiladora. Está casado con Rosa T. Ella tiene 34 años de edad, estudios de secundaria, y nunca ha trabajado en los Estados Unidos. Tienen tres hijos, de 11, 8 y 2 años de edad. Oscar comentó que como él no le tenía mucha confianza a los anticonceptivos, se hizo la vasectomía. “Fue una decisión que tomamos entre mi esposa y yo. Fui a ver al doctor y le pregunté información acerca de esta operación. Ese día que lo visité le pregunté que cuánta gente nos íbamos a hacer la vasectomía. Me dijo que sólo estaba yo, así que me decidí y me hice esta operación”. Oscar R. explicó que su esposa se ponía muy mal cada embarazo, y por eso decidieron que él se operara “para no seguir afectando su salud” y porque tardaba mucho en recuperarse de cada parto. “Además, yo soy un desastre en la cocina, operándome yo sólo me tomaría dos días, en cambio si se operaba ella le hubiera podido llevar hasta seis meses para recuperarse. Todo ese tiempo yo no podría estar al frente de la casa. Déjeme decirle que me siento muy normal. Elimino bien los espermas, hago bastante ejercicio, no fumo ni tomo. No hay ningún problema con esta operación, con la diferencia de que mis espermas ya no van a embarazar a nadie (¡ahora son balas de salva!).”



Estudio de caso n.º 7

Eduardo C. tiene 31 años de edad. Realizó estudios de Ingeniería. Nunca ha trabajado en los Estados Unidos. Trabaja como supervisor en una maquiladora que elabora partes de televisores. Está casado con Angélica R. Ella tiene 31 años de edad, estudios de preparatoria, nunca ha trabajado en los Estados Unidos, se dedica al hogar, y está estudiando corte de pelo. Esta pareja tiene dos hijos, de 10 y 6 años de edad. Eduardo opinó sobre el uso de anticonceptivos que “estos ayudan a planear cuántos hijos se puede tener, porque es un compromiso fuerte tener un hijo, particularmente en estos tiempos en que la situación económica está difícil”. Eduardo dijo que a él no le molesta usar anticonceptivos, que de hecho ellos usan condones y que tiene pensado para más adelante hacerse la vasectomía, porque ha oído que es una operación para ya no tener más familia y que es más sencilla en los hombres, y porque de esta manera evitaría estar perjudicando el cuerpo de su esposa, que ya ha tenido suficiente con un par de partos. “La operación de los hombres no tiene riesgos ni efectos secundarios, y es mentira que se pierda vigor sexual o que sea difícil tener erecciones.” Él ha platicado con varios conocidos al respecto, incluidos médicos, y todos le han dado opiniones favorables sobre este tipo de operaciones. “Es por machismo, y por la manera en que nos educaron nuestros padres que todavía nos seguimos resistiendo a usar condones o hacernos la vasectomía, porque se nos enseñó que en el falo está el poder de los hombres, como si con éste le diéramos de comer a la familia. Ya es tiempo de que vayamos cambiando esas ideas y que participemos más en la responsabilidad de la paternidad, porque es padre no sólo el que engendra, sino el que educa y está todos los días rifándose las con la familia.”

8. Consideraciones finales

La heterogeneidad de esta población se debe a que nos interesaba mostrar si existían grandes diferencias entre personas de bajos recursos con respecto a los profesionistas o gente que cuenta con mayores niveles de escolaridad. Incluimos también población de extracción rural y de origen totalmente urbano.

Tal como ya lo había indicado de Barbieri (30) casi dos décadas atrás, nosotros encontramos que son justamente las familias o parejas más jóvenes las que observan actitudes de mayor apertura, y son éstas las que más comúnmente toman decisiones en pareja, aunque esta situación también la pudimos observar entre familias de mayor edad, incluidas aquellas de bajos recursos y escasos niveles de escolaridad. Lo que queremos decir con esto es que no hay patrones fijos, que ni la edad, ni la escolaridad, ni el lugar de origen fueron elementos determinantes en las actitudes sobre uso de métodos anticonceptivos y sobre salud sexual en general. Sobre esto es particularmente significativo no sólo la “decisión” de tener pocos hijos, sino, inclusive, la disponibilidad de algunos varones para efectuarse la vasectomía a fin de prevenir los riesgos, potenciales o reales, que pudieran sufrir sus compañeras al tener que optar por un método anticonceptivo definitivo. Suponemos que estamos ante algún tipo de cambio de actitudes generacionales, en el que la participación de las mujeres dentro del mercado laboral ha tenido mucho que ver (la mayoría de las esposas de los varones entrevistados se encontraban trabajando cuando nosotros efectuamos el trabajo etnográfico). Sin duda alguna este tipo de cambios no hubieran resultado fáciles si las mujeres no trabajaran y efectuaran las importantísimas contribuciones económicas que realizan.

Varias de las personas entrevistadas manifestaron que no tenían información alguna sobre “cómo cuidarse” para no quedar embarazadas a cada rato. Expresaron que estaban “muy sorprendidos de que con la aparición del sida, los jovencitos cuenten hoy en día con mucha información sobre qué usar aún desde antes de casarse o para prevenir enfermedades transmitidas sexualmente.” Hubo casos en los que los varones dijeron que ellos nunca habían usado preservativos, que ni siquiera los conocían, y que tampoco les atrae la idea de usar algo, menos ahora que sus esposas estaban operadas.

En términos generales, encontramos varios casos en que las mujeres habían sido ya operadas, y muy pocos en los que los varones se hubieran efectuado la vasectomía. Esta perspectiva fue avalada por los datos cuantitativos presentados en páginas anteriores. A lo largo de las entrevistas, algunos varones comentaron que tenían pensado realizarse esta intervención quirúrgica a fin de que sus mujeres no corrieran riesgos en caso de que tuvieran que operarse. Las respuestas que nos dieron acerca de quién debería tener la responsabilidad de cuidarse para no tener embarazos no deseados van desde aquellos que estaban bien informados sobre la vasectomía, por ejemplo, hasta opiniones de mujeres que consideran poco justo que fueran los hombres los que tuvieran que operarse. Hubo varones que opinaron que era más fácil efectuar un corte de trompas de falopio porque luego éstas se podían volver a juntar. Algunos varones dijeron que si un hombre se operaba ya no había marcha atrás, y jamás podría volver a ser padre. Hubo quienes opinaron que este tipo de operaciones restaba vigor sexual a los hombres, opinión compartida por algunas mujeres. Aquí los datos cuantitativos también fueron contundentes al mostrar que comparadas con las salpingoclasias las vasectomías son mínimas.

Sin embargo, los datos muestran una tendencia, modesta aún, hacia un incremento en el caso de las vasectomías. Estos incrementos reflejan algunos cambios en las actitudes de los varones con respecto a no dejar ya sólo en las mujeres la responsabilidad de la planificación de la familia.

La gran mayoría de los varones expresaron que el uso de condones restaba placer a la relación sexual, una idea todavía bastante predominante entre los hombres, aunque también hubo varones que sostuvieron que esas ideas eran “puro mito y que lo que sucede es que muchos hombres lo único que no desean es tomar responsabilidad sobre su sexualidad.”

En síntesis, queremos llamar la atención acerca de que no hay respuestas únicas, que hay enormes vacíos de información médica y rechazo debido a prejuicios o estereotipos más que a información confiable. Sin embargo, nos parece, como tendencia general, que los varones tijuanaenses están adoptando actitudes de mayor apertura hacia su salud sexual y mayor conciencia acerca de que en ocasiones es preferible o necesario que ellos se hagan la vasectomía a fin de evitar los riesgos que pudieran tener sus mujeres si llegasen a operarse.

Parte del problema de algunas de las actitudes “conservadoras” de algunos varones tiene que ver con falta de información, carencia de infraestructura médica, y en algunos casos recursos económicos limitados para poder acceder a este tipo de servicios especializados. Nos referimos básicamente al chequeo de la próstata, aunque esto también pudiera ser aplicable al acceso a condones y a la vasectomía.

Por otra parte, pudimos apreciar que en el contexto laboral de Tijuana aún existe un ambiente de machismo, entreverado con valores



patriarcales, lo cual limita el que los varones cooperen con sus compañeras a fin de evitar embarazos no deseados. Quizá debido a esta serie de elementos de tipo cultural (valores y creencias), aún muchos hombres no desean hacer uso de los condones porque creen y “sienten” que el disfrute sexual disminuye con el uso de los mismos. Curiosamente, algunas esposas de los varones entrevistados reforzaban esta actitud aduciendo que efectivamente no era lo mismo hacer el amor con condón que sin él. Y existen todavía varones que simplemente no desean saber nada de condones o vasectomía porque estas cuestiones van en contra de sus ideas religiosas. Hubo también población entrevistada que debido a la edad nunca tuvo necesidad de recurrir a algún método anticonceptivo y afirmaron que eso era asunto de las nuevas generaciones. Habría que decir que en varios de estos casos de población de la tercera edad sus compañeras habían sido previamente operadas, razón que directamente los eximia de la responsabilidad de hacer uso de, por ejemplo, preservativos. Este tipo de varones asumieron también, en general, que en sus casos nunca existieron prácticas sexuales extramaritales, ni de parte de ellos, ni de parte de sus mujeres. Incluso llegaron a señalar con bastante tono moralista que una de las razones por las cuales las familias se estaban desintegrando era por el acceso y abuso de los anticonceptivos, ya que mediante el uso de éstos ahora estaban proliferando las relaciones extramaritales, que nadie podía tener control de eso, y que cuando alguno de los cónyuges se enteraba decidía separarse del o la compañera.

En términos generales, las diversas entrevistas efectuadas dejaron ver que subsisten muchas resistencias, miedos, tabúes, prejuicios, y sobre todo, hace falta información apropiada sobre condones, vasectomía y próstata. La cuestión de la próstata, por ejemplo, nos pareció de enorme relevancia

dado que a principios de 1999 en un noticiario de Televisa –la cadena de televisión de mayor cobertura e importancia en el país– un médico del IMSS, principal agencia de asistencia médica gubernamental del país, comentó que actualmente el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte entre los varones en México. Como mostramos en el apartado sobre la próstata, este tipo de cáncer no constituye la segunda causa de muerte en nuestro país, aunque sí se ha estado incrementando el número de casos en términos absolutos, y el cáncer de la próstata está entre las primeras 20 causas de muerte en varios estados y en algunas de las principales ciudades del país. Por si esto fuera poco, todavía se asume, incluso entre los médicos, que el chequeo de la próstata es un asunto exclusivamente de los hombres, lo cual limita las posibilidades de que las cónyuges y/o la familia en general participen más en estos delicados asuntos de salud.

Supusimos que esta cuestión de la próstata nos llevaría al asunto de la cultura médica y la manera en que dentro de las familias se dirimen estos asuntos de salud. Esto nos parece importante porque todo parece indicar que el asunto de la salud sexual se continúa percibiendo como un asunto de “planificación familiar” y de absoluta responsabilidad de las mujeres. Así lo propagan tanto las diferentes campañas del Estado mexicano sobre planeación familiar como algunas de las actitudes tanto de hombres como de mujeres en edad reproductiva o sexualmente activos. Pero además del carácter patriarcal del discurso del Estado mexicano, pudimos constatar de manera directa, como se mostró a través del caso de Raúl, la manera en que se negocia entre las parejas estos asuntos de la salud sexual de las familias, y que estos “asuntos” también conciernen a los varones.

El asunto del uso de medidas anticonceptivas que están utilizando las “nuevas parejas”, nos

parece que indica, por una parte, las actitudes de los varones (y también de las mujeres) en torno a la sexualidad. Así mismo, dan cuenta de las condiciones económicas que está viviendo esta población, condiciones que llevan a “tomar la decisión” de tener sólo dos o tres hijos como máximo. Evidentemente, el uso de determinado método anticonceptivo implica cierto nivel de negociación entre las parejas. Suponemos que las respectivas decisiones que se toman están permeadas de ambivalencias, contradicciones, imposiciones, y en varios casos, de respeto y cooperación. Quisiéramos señalar, sin embargo, que no todo es o blanco o negro, es decir, que las decisiones que son tomadas tanto a nivel individual como por las parejas no son necesariamente fáciles, simples ni carentes discusión y conflicto. Deseamos indicar aquí que aunque nuestro foco de atención fueron las percepciones y conductas de los varones, en la medida que las entrevistas que efectuamos fueron conducidas entre familias, las referencias a las parejas y/o las familias estuvieron presentes a lo largo de este documento.

Partimos del supuesto de que la variable “nivel de educación y lugar de origen” pudiera manifestar de manera directa puntos de vista y actitudes opuestas a los de la población de origen rural y/o escasa educación formal. Para nuestra sorpresa, en varios de los casos, aunque los profesionistas estaban mejor informados con respecto a las referidas cuestiones de su salud sexual, sin embargo, ante preguntas centrales tales como si ellos estarían dispuestos a efectuarse la vasectomía, no todos mostraron una “actitud” abierta. Los “profesionistas” también se manifestaron, en términos generales, algo reticentes a la exploración anal para conocer la condición de su próstata. De parte de los “obreros” entrevistados, a pesar de que mostraron un mayor desconocimiento sobre el tema de la vasectomía y la próstata, dado que todos ellos

cuentan con el servicio médico del Seguro Social reconocieron que las empresas en las que trabajan les ofrecen, a través del IMSS, pláticas sobre dichos temas, en particular sobre el uso de condones, y manifestaron, en varios casos, una mayor apertura hacia la vasectomía si esta era “altamente” recomendada por el médico, sobre todo si sus esposas pudieran estar corriendo algún riesgo ante eventuales embarazos y/o rechazo a determinados métodos anticonceptivos.

Referencias

1. Lerner S. editora. Varones, sexualidad y reproducción. México: El Colegio de México; 1998.
2. Arias R, Rodríguez MM. A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la Ciudad de México. En: Lerner S., editora. Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía; 1998. p. 319-40.
3. Castro Morales P. ¿Qué razones exponen los hombres que están recurriendo a la vasectomía sin bisturí para limitar su fecundidad? En: Lerner S., editora. Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía; 1998. p. 341-68.
4. Domínguez G. La relación entre los estudios sobre reproducción y los estudios de género. En: Lerner S., editora. Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía; 1998. p. 423-30.
5. Salles V, Tuirán R. Sexualidad, salud y reproducción. Programa de salud reproductiva y sociedad. Reflexiones, México. D.F: El Colegio de México; 1995.
6. González Fagoaga E. Salud reproductiva masculina. Trabajo final no publicado del curso sobre métodos cualitativos de la Maestría en Demografía. El Colegio de la Frontera Norte, 1997.
7. González de la Rocha M. De por qué las mujeres aguantan golpes y cuernos: un análisis de hogares sin varón en Guadalajara. En: Gabayet L, García P, González de la Rocha M, Laison S, Escobar A, editores. Mujeres y sociedad. Salario hogar y acción



- social en el occidente de México. Guadalajara: El Colegio de Jalisco, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1988.
8. González de la Rocha M. *The resources of poverty. Women and survival in a mexican city.* Cambridge: Blackwell Publishers; 1994.
 9. Segal L. *Slow motion. Changing masculinities, changing men.* New Jersey: Rutgers University Press; 1990.
 10. Klein A. *Little big men. Bodybuilding subculture and gender construction.* New York: State University of New York Press; 1993.
 11. Pronger B. *The arena of masculinity: Sports, homosexuality, and the meaning of sex.* New York: St. Martin's; 1990.
 12. Brusco E. *The reformation of machismo. Evangelical conversion and gender in Colombia.* Austin: University of Texas Press; 1995.
 13. Mirande A. *Hombres y machos. Masculinity and latino culture.* Riverside: Westview Press; 1997.
 14. Gutmann M. *The meanings of macho. Being a man in Mexico City.* Los Angeles: University of California Press; 1996.
 15. Thorne B. *Gender play: girls and boys in school.* New Brunswick: Rutgers University; 1993.
 16. Hill Collins P. *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment.* New York: Routledge, Chapman and Hall; 1991.
 17. Hooks B. *Talking back. Thinking feminist, thinking black.* Massachusetts: South End Press; 1989.
 18. Vega Briones G. *Poder y decisiones en la unidad doméstica: la identidad masculina y las relaciones entre los géneros en Ciudad Juárez.* Ponencia presentada en la XX International Congress of LAS-SA, Guadalajara, México, 18 de abril de 1997.
 19. González R. *Evaluación de la Encuesta Socioeconómica Anual de la Frontera en 1987.* *Frontera Norte* 1990; 2(4): 183.
 20. González López MJ. *Mujer, familia y empleo en la frontera norte de México. Un estudio de las ciudades de Tijuana (Baja California) y Matamoros (Tamaulipas).* Mecanoescrito, El Colegio de la Frontera Norte/Universitat Autònoma de Barcelona, 1994.
 21. Cruz R. *Growth, instability and volatility: female employment in the mexican northern border cities.* [Unpublished Dissertation]. U.S.A: The University of Texas at Austin; 1996.
 22. Vega Briones G. *Changes in gender and family roles in the mexican border: the Ciudad Juárez case.* [Tesis doctoral no publicada]. The University of Texas at Austin; 1999.
 23. Vega Briones G. *Migración y Masculinidad.* Ponencia presentada en el XXII International Congress of lasa, Miami, USA, 1999.
 24. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (Inegi). *Defunciones generales 1985-1996.* México, 1997.
 25. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (Inegi). *Defunciones generales 1996-1998.* México, 1999.
 26. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (Inegi). *Defunciones generales 1998-2000.* México, 2001.
 27. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (Inegi). *Anuarios estadísticos estatales 1995-1997.* México, 1998.
 28. González R. *Fecundidad en la frontera norte de México: Tijuana, Ciudad Juárez y Nuevo Laredo.* Cuadernos, El Colegio de la Frontera Norte; 1992.
 29. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (Inegi). *Encuesta Nacional de la dinámica demográfica 1992.* México, 1994.
 30. De Barbieri T. *Mujeres y vida cotidiana. Estudio exploratorio en sectores medios y obreros de la Ciudad de México.* México: Secretaría de Educación Pública, FCE; 1984.