

Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres?

Vasectomy in Colombia: how to adapt healthcare services to the needs of men?

Vasectomias na Colômbia: ¿como customizar os serviços da saúde nas necessidades dos homens?

Sandra Marcela Sánchez-Molano¹, Luz Janeth Forero-Martínez², Juan Carlos Rivillas-García³

¹ Coordinadora operativa. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), Bogotá, Colombia. msanchez@profamilia.org.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9001-3785>

² Gerente de Proyectos e Investigaciones. Profamilia, Bogotá, Colombia. luzjaneth.forero@profamilia.org.co. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9379-836X>

³ Director de Investigaciones. Profamilia, Bogotá, Colombia. juan.rivillas@profamilia.org.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0961-3079>

Recibido: 02/11/2018. Aprobado: 23/01/2019. Publicado: 24/02/2019

Sánchez-Molano SM, Forero Martínez LJ, Rivillas-García JC. Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):66-77. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v37n1a11

Resumen

Objetivo: Caracterizar sociodemográficamente a los hombres que se practican vasectomías en Colombia, para generar evidencia que oriente la adaptación de los servicios de salud, con un enfoque de equidad de género, a las necesidades de los hombres. **Metodología:** Estudio descriptivo a partir de la “Encuesta Nacional de Demografía y Salud” de 2015, y del registro de los usuarios que accedieron al servicio de vasectomía en la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) durante los años 2015 y 2016. Las variables utilizadas fueron: edad, nivel de escolaridad, lugar de residencia, pertenencia étnica, estrato de residencia, estado civil, número de hijos nacidos vivos y variables relacionadas con roles de género. **Resultados:** El porcentaje de hombres que acceden a la vasectomía ha aumentado, aunque no con la intensidad esperada. En términos generales, el perfil del hombre que decide realizarse la vasectomía en Colombia es un joven

entre 30 y 40 años, de los estratos 2 y 3, residente en zonas urbanas, al menos con un nivel educativo de básica secundaria, casado y con hijos, y contribuyente al sistema de salud. Se observó la persistencia de barreras de tipo social y cultural que afectan el uso de este método anticonceptivo. **Conclusiones:** Este estudio permitió una aproximación al perfil del hombre colombiano que se realiza la vasectomía. **Recomendaciones:** Ampliar la vasectomía como opción disponible y de fácil acceso para los hombres; eliminar estereotipos de género, y promover que hombres y mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas; implementar modelos de atención en salud sexual y reproductiva más inclusivos y centrados también en las necesidades de los hombres.

-----**Palabras clave:** vasectomía, salud sexual, salud reproductiva, género y salud, anticoncepción.

Abstract

Objective: to conduct a sociodemographic characterization of the men undergoing vasectomies in Colombia in order to generate evidence to guide the process of adapting healthcare services to the needs of men with an approach based on gender equity. **Methodology:** A descriptive study which used the 2015 "National Survey of Demography and Health" and the records of individuals who used the vasectomy services of Profamilia (Association for the Well-being of the Colombian Family) during 2015 and 2016. The variables used were: age, schooling level, place of residence, ethnicity, residence stratum, marital status, number of children born alive and variables related to gender roles. **Results:** The amount of men using vasectomy services has increased, although not with the expected intensity. In general terms, the men who decide to undergo vasectomy in Colombia are aged 30 to 40 years, from

strata 2 and 3, live in urban areas, their schooling level is at least secondary education, are married and with children, and contribute to the health system. Social and cultural barriers were observed which affect the usage of this contraceptive method. **Conclusions:** This study made it possible to have a first glimpse of the profile of the Colombian men undergoing vasectomy. Recommendations: to extend vasectomy as an option available and readily accessible for men. Avoiding gender stereotypes and encouraging men and women to share contraceptive responsibilities. Implementing sexual and reproductive healthcare models that are more inclusive and also focused on the needs of men

-----**Keywords:** vasectomy, sexual health, reproductive health, gender and health, contraception

Resumo

Objetivo: Caracterizar sócio demograficamente aos homens que se praticam vasectomias na Colômbia, para gerar evidencia que oriente a adaptação dos serviços de saúde, com um foco de equidade de gênero, nas necessidades dos homens. **Métodos:** Estudo descritivo baseado no "Enquete Nacional de Demografia e Saúde" do 2015, e do cadastro dos utentes que acessaram ao serviço da vasectomia na Associação Pro bem-estar da Família Colombiana (Pro família) durante os anos 2015 e 2016. As variáveis empregadas foram: etária, grau de escolaridade, local de moradia, origem étnica, estrato da vivenda, estado civil, número de filhos nascidos vivos e as variáveis alusivas com roles de sexo. **Resultantes:** A percentagem dos varões que acessam numa vasectomia tem se acrescentado, ainda que não com a intensidade esperada. Nos termos gerais, a descrição do homem que escolhe realizar-se a vasectomia na Colômbia é dum jovem entre os 30 e 40 anos,

dos estratos 2 e 3, morador nas zonas urbanas, pelo menos com um grau escolar de básica secundaria, casado e com filhos, e contribuinte pro sistema de saúde. Se enxergou a persistência de barreiras de jeito social e cultural que afetam o emprego deste método anticonceptivo. **Conclusões:** Este estudo permitiu uma aproximação ao perfil do homem colombiano que se realiza a vasectomia. **Recomendações:** Ampliar a vasectomia como opcional disponível e de fácil acesso para os homens; eliminar estereótipos do gênero, e empolgar aos homens e as mulheres pra que compartilhem responsabilidades anticoncepcionais; customizar modelos de atenção na saúde sexual e reprodutiva mais inclusivos e de olho também nos requerimentos dos varões.

-----**Palavras chave:** vasectomia, saúde sexual, saúde reprodutiva, gênero e saúde, anticoncepção.

Introducción

La vasectomía o esterilización masculina es una forma permanente de anticoncepción. Es un procedimiento simple, que detiene el ingreso de espermatozoides al semen. Casi todos los hombres son elegibles para una vasectomía. Este método es altamente eficaz, costo-efectivo, conveniente, seguro, accesible y fácil de administrar [1-2].

Más de 30 millones de parejas en todo el mundo utilizan la esterilización masculina como método anticonceptivo; sin embargo, se realizan aproximadamente el doble de esterilizaciones femeninas en comparación con vasectomías [3]. Aunque involucrar a los hombres en la planificación familiar ha sido durante mucho tiempo un objetivo importante, en gran medida ha sido difícil de alcanzar [4].

La vasectomía es ampliamente elegida en regiones y países con alto desarrollo socioeconómico, e igualdad de género, es decir, lugares donde hombres y mujeres comparten responsabilidades anticonceptivas [5]. Por esta razón, su uso difiere notablemente entre regiones y países del mundo. La prevalencia de vasectomía en África es del 0,0 %, con menos de 100 000 hombres que acceden a ella [6]. De los 54 países africanos, solo 10 informan el uso de la vasectomía, y solo Suazilandia (0,3 %), Botsuana (0,4 %) y Sudáfrica (0,7 %) exceden el 0,1 % de prevalencia. Lo anterior, porque la vasectomía es el método moderno menos conocido en la mayoría de los países de bajos ingresos [6,7].

Por otro lado, la prevalencia de vasectomía en América del Norte es del 12 % y en Oceanía y Europa del Norte del 11 % [7]. En Canadá es el método más

utilizado, con una prevalencia del 22 % y representa el 31 % del uso de métodos modernos. El Reino Unido (21 %), Corea del Sur (16,8 %), Bután (13 %) [3] y España (7,5 %) [7] tienen perfiles similares, con una prevalencia de vasectomía que oscila entre el 17 y el 21 %, y esta comprende entre el 24 y el 27 % del uso de métodos modernos [6,7].

Mientras que en Estados Unidos se estima que se efectuaron 527 476 vasectomías en el 2015 [8], en la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia)* se han realizado un total de 274 332 vasectomías en un periodo de cuarenta y seis años (1970 a 2016) [9]. En Sur América, Colombia, con 3 %, es el segundo país con la prevalencia más alta de vasectomía después de Brasil (5 %) [10]. No obstante, en la región, Colombia ocupa el quinto lugar después de Canadá (22 %), Estados Unidos (11 %), Brasil (5 %) y Costa Rica (5 %). Es importante destacar que estas diferencias se han reducido en América Latina y el Caribe, ya que la vasectomía ha aumentado 60 veces en 25 años y 4 veces en los últimos 15 años. Sin embargo, todavía existe una necesidad global de aumentar la disponibilidad de la vasectomía [3], y abordar la subutilización de los servicios de anticoncepción por parte de los hombres.

Los determinantes sociales que explican el bajo acceso a la vasectomía se relacionan con los *estereotipos de género*, los cuales condicionan el uso de métodos de anticoncepción y fijan las barreras en los servicios de salud. El conocimiento o, más exactamente, la conciencia que existe, tanto entre mujeres como entre hombres, con interpretaciones erróneas que equiparan la vasectomía con la castración, la impotencia y debilidad (incapacidad para trabajar) [11]. En algunos estudios realizados en Etiopía, Nigeria y Turquía se presentaron percepciones erróneas tanto en hombres como en mujeres sobre la vasectomía; las más comunes fueron: un hombre se vuelve físicamente más débil después de ella; un hombre no puede funcionar sexualmente después de una vasectomía, y esta es lo mismo que la castración [4].

Adicionalmente, el machismo, como patrón cultural, ha dominado históricamente las percepciones y los comportamientos de las personas frente a su cuerpo, decisiones, salud y sexualidad. También la tendencia ha sido ubicar al hombre como una barrera en el acceso a la anticoncepción [12], lo cual se ve reforzado por los vacíos en la literatura durante los últimos 25 años, así como en la forma como los hombres fueron excluidos de las encuestas de base poblacional de salud sexual y reproductiva durante muchos años en los países. En Colombia y España, solo hasta el año 2015 y 2011,

respectivamente, fueron tenidos en cuenta dentro de la muestra poblacional y se indagó sobre sus percepciones y uso de la anticoncepción.

Debido a la socialización de los roles de género, los hombres ponen resistencia y subutilizan más los servicios de salud en comparación con las mujeres [12]. Estos estereotipos igualmente determinan la planeación, la configuración y la prestación de los servicios centrados en los hombres y el tipo de procedimiento utilizado para realizar la vasectomía (con o sin bisturí) [13], que en la mayoría de los casos repercuten en desigualdades en el uso de métodos de anticoncepción; programas de anticoncepción inequitativos, por estar centrados principalmente en la mujer, y hombres que se excluyen de participar activamente en la anticoncepción; falta de información y consejería en anticoncepción de calidad [14]; y desigualdad de género, reforzada desde los mismos servicios de salud, cuando no promueven que los hombres y las mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas.

Por otro lado, el poco acceso a la vasectomía y su relación con la construcción de masculinidades y la falta de servicios de salud calificados o disponibles para proporcionarla, constituyen un obstáculo que los sistemas de salud no han logrado superar y, por lo tanto, una barrera para la anticoncepción.

Así mismo, el objetivo de desarrollo sostenible 3.7 [15] define que para 2030 se garantice el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, lo cual considera el acceso a la vasectomía, donde y cuando los hombres la requieran, y sin importar sus circunstancias.

La hipótesis de este estudio es que los hombres que se hacen la vasectomía en Colombia tienen características sociodemográficas y estereotipos de género que influyen en los imaginarios y roles de género en la anticoncepción, los cuales pueden orientar cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a estas necesidades particulares. El *objetivo general* propuesto fue caracterizar el perfil de hombres que se realizan la vasectomía en el país, con el fin de explorar de manera preliminar cuáles pueden ser las necesidades, identidades y circunstancias de los hombres y adaptar los servicios de salud a ellos.

A partir de allí, fue posible implementar los siguientes *objetivos específicos*: 1) analizar la tendencia del número de vasectomías en Profamilia (entre 1970 y 2016); 2) elaborar el perfil sociodemográfico de los hombres vasectomizados en Profamilia (2015 y 2016) y de los hombres vasectomizados según la “Encuesta

* Profamilia es una institución comprometida con la promoción y garantía de los derechos humanos, conocida como líder en derechos sexuales y derechos reproductivos en Colombia.

Nacional de Demografía y Salud” de 2015 (ENDS 2015) [16], y 3) analizar los estereotipos de género respecto a la vasectomía según la ENDS 2015, con el fin de generar evidencia que permita adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres y reducir estereotipos de género que limitan que hombres y mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas.

Metodología

Estudio descriptivo a partir de los datos de la ENDS 2015 [16] y los registros de usuarios de servicios de Profamilia [17]. Los datos de la ENDS 2015 fueron obtenidos a partir del cuestionario de hogar y del cuestionario individual para hombres de 13 a 59 años de edad (actualmente unidos, alguna vez unidos y nunca unidos). Los datos de Profamilia [9] incluyeron los hombres que accedieron al servicio de vasectomía durante los años 2015 y 2016. La evaluación de la tendencia temporal del número de vasectomías en Colombia se llevó a cabo a partir de la revisión de los datos de las vasectomías sobre un periodo de 46 años, entre 1970, año en el cual Profamilia comenzó a promover el procedimiento como método de anticoncepción, y 2016. El perfil sociodemográfico se analizó a partir de ambas bases de datos.

Se utilizaron porcentajes para describir las distribuciones de la vasectomía. Se calcularon todos los porcentajes según las categorías de las siguientes variables: edad, estado civil, zona, departamento y región de residencia, nivel educativo, etnia, estrato socioeconómico,[†] afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y grupos de ocupación. La variable “región de residencia” se construyó de acuerdo con la clasificación utilizada por la ENDS 2015. Además, a partir de esta Encuesta fue posible desagregar los datos de vasectomías según quintil de riqueza, número de hijos nacidos vivos y aprobación del uso de métodos anticonceptivos, que no estuvieron contenidos en la base de Profamilia. Finalmente, se incluyeron variables relacionadas con roles de género masculinidad y feminidad, y los imaginarios sobre estereotipos masculinos vinculados con la sexualidad; para el análisis de estas últimas variables se comparó la información dada por los hombres vasectomizados y por los no vasectomizados.

Plan de análisis

La muestra utilizada en la ENDS 2015 es probabilística, de conglomerados, estratificada y polietápica, representativa a nivel nacional, por zona, región,

subregión y departamento. Por tratarse de una encuesta por muestreo probabilístico, para obtener estimaciones insesgadas, es necesario utilizar un factor de expansión que básicamente es el recíproco de las probabilidades de selección en cada una de las etapas y el ajuste por no respuesta. En el presente estudio, para obtener estimaciones insesgadas, se utilizó el factor de final de ponderación provisto por la ENDS 2015 [16].

Consideraciones éticas

La ficha técnica de la ENDS 2015 se encuentra disponible para consulta en el archivo de Excel suministrado por el Ministerio de Salud y Protección Social [19]. Todos los análisis se basaron en datos públicos disponibles del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) [20] en el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia.

No se requirió aprobación ética para este estudio, porque los autores no recopilaron datos nuevos y el estudio se basó solo en datos secundarios existentes y disponibles públicamente.

En el caso de la base anonimizada de registros de vasectomía de Profamilia, de acuerdo con las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud [21], en las consideraciones especiales para conceder una exención del consentimiento informado en estudios con datos de registros de salud se estipula que “Los proyectos de investigación a partir de datos de uno o varios registros obligatorios basados en la población deberían presentarse a un comité de ética de la investigación, excepto en el caso del análisis de datos como actividad institucional interna de un registro” [19]. No obstante, de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 [22] del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el presente estudio es una investigación sin riesgo.

Limitaciones de datos

Cabe señalar que este estudio tiene algunas limitaciones: 1) es fundamental comparar datos de las ENDS a lo largo del tiempo y cada cinco años. No obstante, el cuestionario de hombres fue incluido solo hasta el año 2015 y la próxima aplicación corresponde al año 2020; y 2) las limitaciones de tiempo y financiamiento también restringieron la implementación de un enfoque cualitativo.

[†] Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas o los predios son seis, denominados así: 1. Bajo-bajo; 2. Bajo; 3. Medio-bajo; 4. Medio; 5. Medio-alto; y 6. Alto. De estos, los estratos 1, 2 y 3 corresponden a estratos bajos que albergan a las familias con menores ingresos; mientras los estratos 4, 5 y 6 corresponden a estratos altos que albergan a las familias con mayores ingresos [18]

Resultados

Los resultados se presentan de la siguiente forma: 1) tendencia temporal de vasectomía, 2) análisis sociodemográfico y 3) análisis de estereotipos de género.

Tendencia temporal de la vasectomía

En 1970, Profamilia inicia el servicio de vasectomía, atendiendo a 92 usuarios. A partir de 1984, el número de vasectomías efectuadas se incrementa anualmente. En el periodo de tiempo de 2000 a 2006 se duplica el número de vasectomías. No obstante, el mayor número de vasectomías llevadas a cabo se presentó en 2007 (16 187), como se muestra en la figura 1.

Profamilia ha efectuado un total de 274 332 vasectomías en un periodo de 46 años, lo cual, en

promedio anual, representa menos de 6000 vasectomías en un país de 16 millones de hombres en edad fértil.

Análisis sociodemográfico

En los años 2015 y 2016 se hizo un total de 29 600 vasectomías en Profamilia. La mayoría de usuarios (96 %) residen en áreas urbanas y se concentran en tres ciudades principales: Medellín (28 %), Bogotá (23 %) y Cali (12 %), ya que reúnen el 63 % de las vasectomías realizadas durante los dos años.

La región Central, que comprende los departamentos de Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila y Caquetá, concentra el mayor porcentaje de hombres vasectomizados (44,4 %), seguida por Bogotá (18,7 %), como se muestra en la figura 2. En la región de la Orinoquía y Amazonía es de 0,2 %, y en la región Atlántica es de 3,5 %.

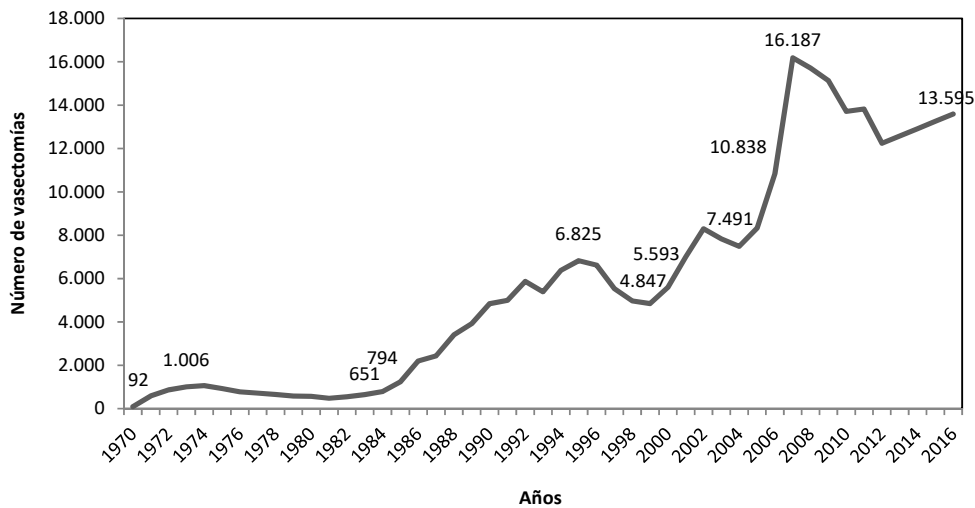


Figura 1. Número de vasectomías realizadas por Profamilia - Colombia, 1970-2016.

Fuente: [23].

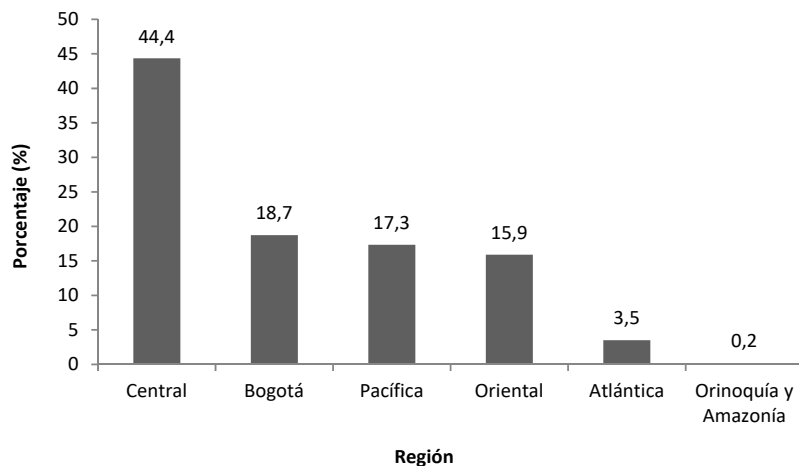


Figura 2. Porcentaje de vasectomías según lugar de residencia en Profamilia - Colombia, 2015-2016.

Fuente: [24].

Análisis sociodemográfico

De acuerdo con el Registro de usuarios de servicios de Profamilia, los hombres que deciden vasectomizarse tienen una edad promedio de 36 años; la mitad de los usuarios (51 %) se encuentran en el rango de 30 a 39 años; el 23 % pertenece al grupo de edad de 40 a 49 años; el 21 %, al de 20 a 29 años, y un 4 %, al grupo de 50 a 59 años.

La figura 3 presenta los datos desagregados por estado civil. El mayor porcentaje de vasectomía corresponde a los hombres que tienen una pareja estable, de tal manera que el 59 % de los usuarios de vasectomía están casados, mientras que para el 28 % su estado civil es unión libre. Esto corresponde a lo reportado en la ENDS 2015 [16]: la vasectomía es más usada por hombres unidos o casados, de tal manera que el 3 % entre 13 y 59 años se practicaron el procedimiento, frente a tan solo el 1 % de los hombres no unidos con actividad sexual reciente. Del total de vasectomías, el 90 % están actualmente casados o unidos, mientras que el 9 % estuvieron casados o unidos, y un 2 % nunca se ha casado o unido.

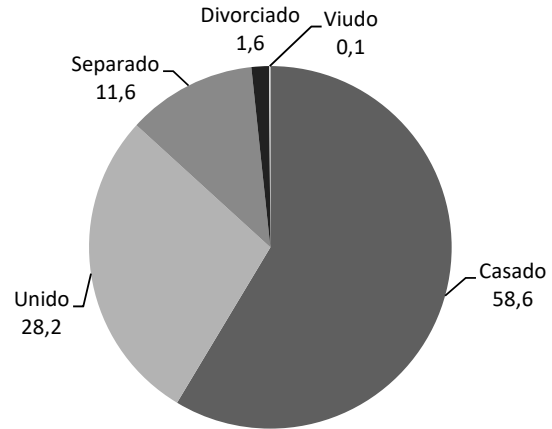


Figura 3. Porcentaje de vasectomías según estado civil en Colombia, 2015.

Fuente: [16].

La figura 4 presenta la distribución de la población masculina colombiana por nivel educativo. El 37 % de los hombres analizados ha cursado algún año de educación básica secundaria (6.º a 9.º grado). En alguna medida, corresponde a lo reportado en la ENDS [16]: el 38 % de los hombres vasectomizados de 13 a 59 años ha cursado algún año de educación básica secundaria (6.º a 9.º grado).

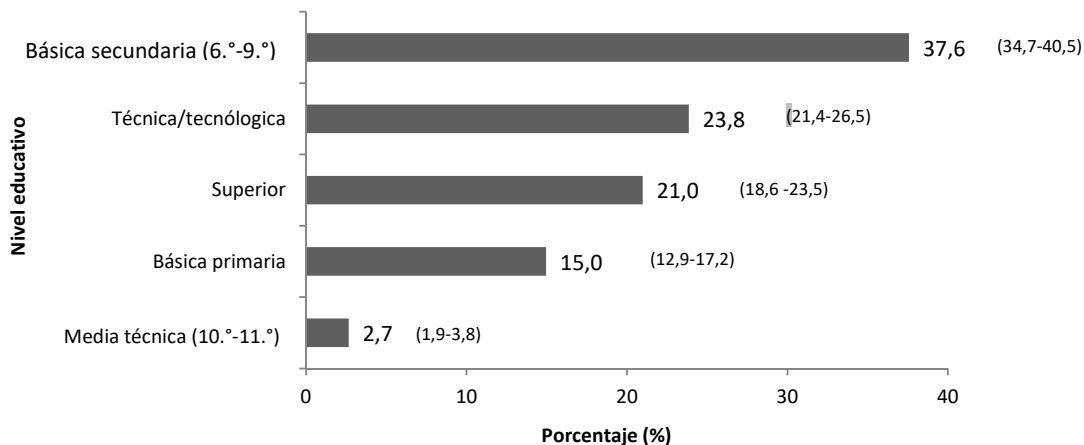


Figura 4. Porcentaje de vasectomías según nivel educativo en Colombia, 2015. Intervalo de confianza del 95 %.

Fuente: [16].

En relación con la etnia, el mayor porcentaje de usuarios de este tipo de métodos (89 %) no se reconoce dentro de ningún grupo étnico, mientras que el 8 % de los hombres se reconocen como negros/mulatos/afrocolombiano/afrodescendiente. Estos datos contrastan con el 92 % de las vasectomías que no permiten identificar ningún grupo étnico en la ENDS 2015, mientras que el 5 % se reconocen como negros/mulatos/afrocolombiano/afrodescendiente y un 3 % como indígenas [16].

De acuerdo con el Registro de usuarios de servicios de Profamilia, cerca de la mitad de los usuarios (47,6 %) pertenece al estrato 3, mientras que el 31,8 % pertenece al estrato 2 y tan solo el 11 % al estrato 1 (véase figura 5). Esta distribución porcentual es similar a la encontrada en la ENDS 2015 [16] entre los usuarios de vasectomía: el 48 y el 32 % de las vasectomías se la han realizado hombres de los estratos 3 y 2, respectivamente [16].

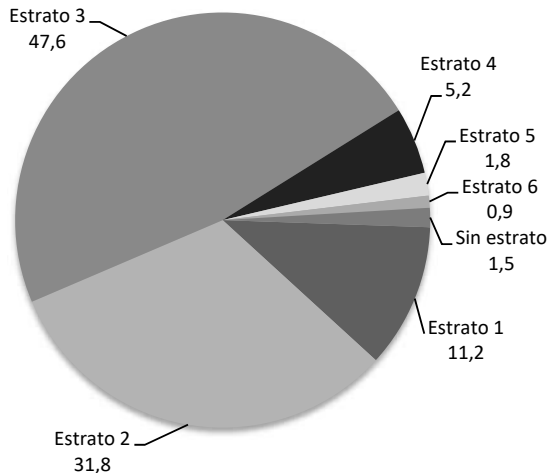


Figura 5. Porcentaje de vasectomías según estrato socioeconómico en Colombia, 2015.
Fuente: [16].

De alguna forma, estos estratos corresponden con la distribución de la riqueza, en donde al parecer los hombres que pertenecen a la clase media son los que más acceden a la vasectomía. En las regiones Oriental, Pacífica y Bogotá, el mayor porcentaje de vasectomías se encuentran en el estrato 3, mientras que el 27 % de la región Atlántica pertenece al estrato 1; en tanto que el 42 % de las vasectomías en la Orinoquía y la Amazonía se halla en el estrato 1 y el 35 % en el estrato 2.

En la figura 6 se observan las vasectomías según tipo de aseguramiento en salud. La mayoría de los hombres que se han realizado la vasectomía pertenecen al régimen contributivo (83 %), mientras que el 5 % reporta no estar afiliado a ningún régimen. Los regímenes especial y de

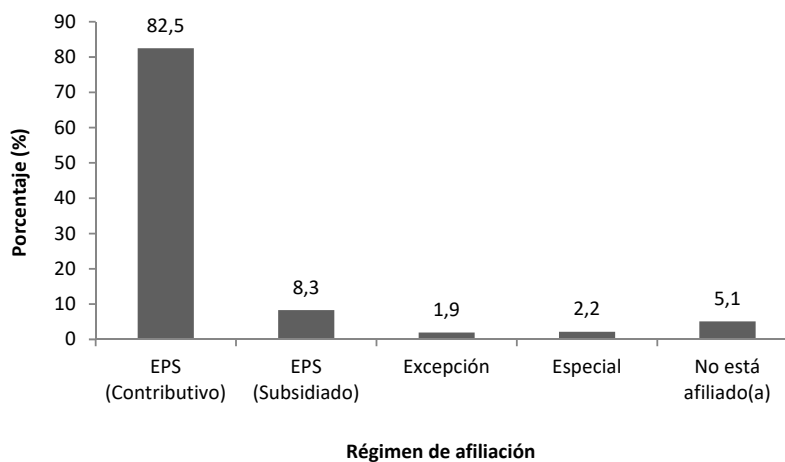


Figura 6. Porcentaje de vasectomías según tipo de aseguramiento en salud en Colombia, 2015. EPS: entidad promotora de salud.
Fuente: [16].

excepción, que cubren los militares, policías, magisterio y trabajadores del sector petrolero, tienen los porcentajes más bajos de vasectomía: 2,2 y 1,9 %, respectivamente.

En la región de la Orinoquía y la Amazonía, un poco menos de la mitad de las vasectomías (48 %) pertenecen al régimen contributivo. Las regiones en donde se tienen los porcentajes más altos de vasectomías que no están afiliados a ningún régimen son la Atlántica, la Pacífica y la de la Orinoquía y la Amazonía.

Los hombres con estudios de primaria o menos, presentan los porcentajes más altos de las percepciones sobre la subvaloración de la mujer. Con relación al ejercicio de la sexualidad, como privilegio de hombres, los porcentajes más altos se presentaron en los que pertenecen al grupo de edad de 45 a 49 años, que viven en la zona rural, que no tienen ningún nivel de educación, que pertenecen al quintil de riqueza más bajo y que están actualmente casados. En cuanto al imaginario sobre estereotipos masculinos relacionados con la sexualidad, está presente en mayores proporciones en los hombres vasectomizados que se hallan en el rango de edad de 35 a 39 años, que viven en la zona rural, que pertenecen al quintil de riqueza medio y que están actualmente unidos.

La tabla 1 presenta las vasectomías según seis grandes grupos de ocupación de los hombres. Solo el 52 % de los hombres reportaron esta variable y la desagregación de los datos permitió identificar seis grupos de ocupaciones comunes: 1) Hombres con trabajos varios, 2) Hombres con trabajos logísticos, 3) Hombres con trabajos de aseo, 4) Hombres con trabajos de seguridad, 5) Hombres con trabajos de agentes comerciales, y 6) hombres con otro tipo de trabajo (ocupaciones que presentan bajos porcentajes, inferiores de 2 %).

Tabla 1. Porcentaje de vasectomías según ocupación, Profamilia 2015-2016.

Ocupación	Descripción	Porcentaje (%)
Hombres con trabajos varios	Ayudante de bodega de hotel, ayudante de bodega de restaurante, trabajador a la mano disponible para servir, trabajador de oficios varios, trabajador polivalente de labores sencillas y utilero de hotel	17
Hombres con trabajos logísticos	Acomodador en espectáculos públicos, en salas de cine, en teatro; auxiliar de estacionamiento, de guardarropa; ayudante de parqueo; guarda de parque de atracciones; proveedor de programas de teatro; recolector y revisor de boletos	17
Hombres con trabajos de aseo	Barrendero de áreas públicas, de calles, de parques, escobita, limpiador de parques y rastrillador de playa	10
Hombres con trabajos de seguridad	Guardias de seguridad, celador, escolta, guardaespaldas, guardia de discoteca, portero de edificio, supervisor de seguridad y vigilancia, vigilante de fábrica	8
Hombres con trabajos de agentes comerciales	Agentes de marca, de publicidad, de ventas, deportivos, literarios, turísticos, representantes de ventas, musicales	3
Hombres con otro tipo de trabajos	Asesores financieros, conductores de camionetas y de camiones, de taxis, vehículos livianos, directores de producción agropecuaria, ingenieros, biólogos, botánicos, contadores, agrónomos, mensajeros, médicos, profesores	45

Fuente: [24].

Análisis de estereotipos de género

Del total de hombres de 13 a 59 años encuestados (35 783) en la ENDS 2015 [16], el 3 % (2,8-3,2) usa la vasectomía como método anticonceptivo y el 22 % (21,9-22,8) el condón; para el 75 % (74,2-75,1) de los hombres, la pareja es la que usa un método anticonceptivo.

Con relación al número de hijos nacidos vivos que tienen los hombres vasectomizados, el 43 % cuenta con dos hijos, y el 30 % con 3 hijos; tan solo el 5 % se esterilizó sin haber tenido hijos nacidos vivos. Mientras que para los hombres que usan un método diferente a la vasectomía, el 48 % no tiene hijos, el 17 % tiene un hijo y el 15 % cuenta con dos hijos. Cabe anotar que el 95 % de los hombres que se han realizado la vasectomía afirmaron conocer que se trataba de un método definitivo, en tanto que el 10 % de ellos se arrepintió de haberse hecho la cirugía, principalmente porque él o su pareja deseaban un/otro hijo.

Es ampliamente reconocido que la decisión de los hombres de acceder a una vasectomía se encuentra mediada por percepciones y aspectos culturales, frente a la sexualidad, la salud y la reproducción, que pueden convertirse en barreras o ventajas según el caso. En este sentido, la aprobación o el rechazo sobre los métodos anticonceptivos y el uso de estos por los hombres, pueden ser predictores de esas percepciones y paradigmas culturales.

En general, los hombres vasectomizados aprueban que las parejas usen un método anticonceptivo (98 %).

La tabla 2 describe los imaginarios relativos a los roles de género, entendidos como el conjunto de creencias, deberes, prohibiciones y expectativas sobre el ser hombre o ser mujer, impuestos social, cultural e históricamente, entre los hombres que optaron por la vasectomía y los hombres no vasectomizados, con los intervalos de confianza del 95 %.

Tabla 2. Imaginarios y roles de género de hombres vasectomizados vs. no vasectomizados en Colombia, 2015.

	Estereotipo de género	Hombre va- sectomizados (%)	Intervalo de confianza 95%	Hombres no vasectomizados (%)	Intervalo de confianza 95%
Imaginarios relativos a los roles de género: creencias, deberes, prohibiciones y expectativas sobre el ser hombre o ser mujer impuestos social, cultural e históricamente	“Los hombres son la cabeza del hogar”	35	(32,4-38,1)	53	(52,0-53,0)
	“Las familias que cuentan con un hombre tienen menos problemas”	43	(40,4-46,3)	54	(53,4-54,4)
	“Los hombres necesitan de una mujer en la casa”	50	(47,2-53,1)	67	(66,6-67,5)
	“Una mujer necesita un hombre para ser feliz”	16	(13,5-17,8)	35	(34,7-35,7)
	“Cuando se tienen que tomar las decisiones en la casa, los hombres tienen la última palabra”	8	(6,6-9,9)	28	(27,1-28,0)
Imaginarios sobre estereotipos masculinos relacionados con la sexualidad	“La masturbación es cosa de hombres”	7,2	(5,7-8,8)	21	(20,6-21,4)
	“Los hombres no hablan de sexo, lo hacen”	38	(35,0-40,8)	41	(40,6-41,7)
	“Los hombres siempre están listos para tener sexo”	39	(36,0-41,8)	45	(44,1-45,1)
	“Los hombres necesitan más sexo que las mujeres”	30	(27,6-33,1)	21	(20,6-21,4)
	“sería un atrevimiento que la mujer pida usar condón”	4	(2,7-5,0)	10	(9,3-10,0)
	“Las mujeres se deben casar vírgenes”	7	(9,5-11,3)	23	(22,8-23,7)
	(1) “Los hombres necesitan más sexo que las mujeres”				
	(2) “Los hombres no hablan de sexo, lo hacen”, y (3) “los hombres siempre están listos para tener sexo”	58	(55,0-60,8)	64	(63,8-64,8)

Fuente: Elaboración de los autores a partir de [16].

Al comparar las respuestas dadas por los hombres que se han realizado la vasectomía con los que no se la han hecho, el estar de acuerdo con estas afirmaciones presenta porcentajes más altos. Para las actitudes sobre el ejercicio de la sexualidad por los hombres no vasectomizados y en todas las afirmaciones, los porcentajes de acuerdo son mayores, con excepción de la afirmación “Los hombres necesitan más sexo que las mujeres”, en donde los porcentajes de respuesta son iguales.

Finalmente, con relación a los imaginarios sobre estereotipos masculinos relacionados con la sexualidad, se diseñó un indicador que indaga el estar de acuerdo con las siguientes afirmaciones: 1) “Los hombres necesitan más sexo que las mujeres”, 2) “Los hombres no hablan de sexo, lo hacen”, y 3) “Los hombres siempre están listos para tener sexo”. Con base en este indicador, se encontró que entre los hombres que se han realizado la vasectomía, estos imaginarios están presentes en el 58 % (55,0-60,8), mientras que para los hombres que no se

la han hecho es del 64 % (63,8-64,8). Se muestra, así, cómo los roles de género ejercen un papel importante frente al ejercicio de la sexualidad.

Discusión y conclusiones

Este estudio contribuye con nueva evidencia sobre la vasectomía en Colombia. A partir de esta evidencia, es posible aproximarse a un perfil del hombre que decide realizarse la vasectomía en Colombia: hombre entre 30 y 40 años, residente en zonas urbanas, en estratos 2 y 3, al menos con un nivel educativo de básica secundaria, casado y con hijos; residente en las regiones Central, Pacífica y Bogotá. Puede decirse que estos hombres cuentan con una paridad satisfecha, en el sentido que tienen en promedio 2 o 3 hijos nacidos vivos y que aparentemente no tienen una barrera de acceso a servicios, ya que contribuyen y se encuentran cubiertos

por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el procedimiento se halla incluido en el Plan de Beneficios.

De acuerdo con varios estudios llevados a cabo en diferentes países, se ha podido establecer que el perfil de los usuarios de vasectomía varía según el contexto geocultural y las características sociodemográficas de los hombres. Un estudio efectuado en Estados Unidos [25] mostró diferencias importantes en la decisión de realizarse la vasectomía entre los hombres blancos y los hombres pertenecientes a otras etnias o razas. En países del África Subsahariana, los usuarios de vasectomía son hombres mayores de 40 años, con un promedio de cuatro o más hijos. En algunas regiones de América Latina y el Caribe, las parejas que eligieron la vasectomía tenían una tendencia a ser de niveles socioeconómicos más altos, mientras que en otros países, como la India y Bangladesh, eran de niveles socioeconómicos bajos [4].

También es importante identificar cómo se adquieren conocimiento negativo y prejuicios que refuerzan estereotipos en el tema: a partir de los padres con creencias históricamente instauradas y que trascienden de generación en generación; cuando los hombres acceden a información sobre anticoncepción de baja calidad o no accesible fácilmente, y cuando no existe oferta de servicios de salud en salud sexual y reproductiva cercana a sus comunidades.

No obstante, es de destacar cómo los constructos sociales de la masculinidad comienzan a cambiar poco a poco en diferentes contextos culturales de los hombres que se realizan la vasectomía. Por ejemplo, cuando las percepciones y los comportamientos de los hombres demuestran cambios en la forma como valoran más a las mujeres y sus familias, cómo viven su sexualidad y comienzan a deconstruir constructos que han aprendido desde pequeños con respecto a la virilidad. Esto, como resultado, ha originado que los hombres cambien comportamientos y busquen los servicios de salud para satisfacer sus necesidades de información, educación y atención en anticoncepción. Al respecto, son interesantes los trabajos de Mara Viveros [26] y Matthew Gutmann [27], los cuales, desde metodologías cualitativas, analizan las configuraciones de masculinidad que rodean la decisión de hacerse la vasectomía.

En síntesis, a pesar de que la vasectomía ha aumentado como método de anticoncepción, persisten las barreras de tipo social, cultural y desde los servicios de salud para acceder efectivamente a esta. Debido a las inequidades que refuerzan los estereotipos de género y el limitado conocimiento, se han originado actitudes negativas en el abordaje de los programas de anticoncepción, que se centran solo en las mujeres, y no en los hombres de forma compartida; esto ocurre desde los mismos prestadores de salud y responsables de la implementación de programas.

Finalmente, es necesario inducir la demanda de la vasectomía como método disponible, seguro, conveniente y costo-efectivo entre hombres que en la actualidad acceden y entre hombres que menos la usa: aquellos con mayores ventajas sociales y económicas. Tal vez Colombia puede alcanzar a países como Bután y Canadá, conocidos por sus prevalencias de vasectomía del 13 y 22 %, respectivamente. Por esta razón, y para lograrlo, existe la necesidad de aumentar la conciencia para que la vasectomía se convierta en una opción de método fácilmente disponible y de acceso habitual en Colombia.

Recomendaciones

Colombia puede acelerar el logro de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales para el 2030, si centra la utilización de los servicios de anticoncepción también desde los hombres. Por otro lado, el marco sobre servicios de salud integrados centrados en las personas de la OMS es un llamado a un cambio fundamental en la forma como pensamos en el momento de adaptar los servicios de salud. Este enfoque apoya la idea que todas las necesidades de las personas dependen de sus identidades y en las circunstancias en las cuales se encuentran en el momento de acceder a los servicios de atención en salud. Por esta razón, algunas recomendaciones son posibles a partir de este análisis:

1. *Ampliar la vasectomía como una opción de método fácilmente disponible y de acceso para los hombres.* Los responsables de la formulación de políticas y de la implementación de programas en anticoncepción desde las entidades territoriales de salud (ETS), las entidades promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) deben valorar el potencial de la vasectomía en prevenir embarazos no deseados y como opción permanente de planificación masculina.
2. *Eliminar estereotipos de género y promover que hombres y mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas.* Incentivar la participación de los hombres en el control de la fecundidad, con el fin de que esta responsabilidad no recaiga solamente en las mujeres, y que también los hombres ejerzan su derecho a elegir.
3. *Fortalecer los programas de educación para la sexualidad con enfoque de equidad.* Es necesario desarrollar capacidades, entrenamiento y formación que transforme la manera como los hombres asumen la salud sexual y reproductiva, con el fin de romper

los mitos, prejuicios y percepciones negativas sobre la vasectomía.

4. *Adaptar modelos de atención en salud sexual y reproductiva más inclusivos y centrados también en las necesidades de los hombres.* Esto requerirá un compromiso adecuado de tiempo y de recursos para actuar sobre los determinantes sociales intermedios: los servicios de salud por parte de EPS, IPS y ETS, y factores conductuales, psicosociales y culturales. En particular, continuar ampliando la consejería en anticoncepción a los hombres de estratos 1 y 2, a la vez que se adaptan los servicios para alcanzar el grupo de hombres con mejor posición social y que menos acceden a la vasectomía. Finalmente, los programas de anticoncepción desde los territorios deben incrementar la información de calidad sobre la vasectomía y su participación activa en la anticoncepción, entre hombres del régimen subsidiado y población pobre no asegurada.

Agradecimientos

Esta investigación fue llevada a cabo gracias al apoyo de Profamilia. Los autores expresan un especial agradecimiento a Michel Labrecque, MD PhD en Epidemiología de la Universidad Laval en Quebec, Canada, y a Diana Torres, uróloga de Profamilia. De igual forma a Mariana Calderón, analista cualitativa de la Dirección de Investigaciones de Profamilia, por la edición y los ajustes del manuscrito.

Financiación

Esta investigación fue financiada por Profamilia.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de responsabilidad

Los autores declaran que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de las instituciones en las que trabajan.

Referencias

1. Shih G, Turok DK, Parker WJ. Vasectomy: The other (better) form of sterilization. *Contraception*. 2011;83(4):310-5. DOI: 10.1016/j.contraception.2010.08.019.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Suiza: OMS [internet]; 2018 [citado 2017 nov. 8]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

3. Organización de Naciones Unidas, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015. Nueva York: United Nations [internet]; 2015 [citado 2018 feb. 18]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>.
4. Perry B, Packer C, Chin Quee D, Zan T, Dulli L, Shattuck D. Recent Experience and Lessons Learned in Vasectomy Programming in Low-Resource Settings: A Document Review. Durham, NC: FHI 360 and Washington, DC: The Population Council, the Evidence Project. [internet]; 2016 [citado 2018 jul. 15]. Disponible en: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-vasectomy-lit-review-final.pdf>.
5. Amory J. Male contraception. *Fertility and Sterility*. 2016;106(6):1303-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.036>.
6. Organización de Naciones Unidas (ONU). World Contraceptive Use 2011 [internet]; 2012 [citado 2015 jul. 24]. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptiveUseWallChart2011_Front.pdf
7. Jacobstein R. The kindest cut: Global need to increase vasectomy availability. *Lancet*. 2015;3(12):733-4. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00168-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00168-0).
8. Ostrowski K, Holt S, Haynes B, Davies B, Fuchs E, Walsh T. Evaluation of vasectomy trends in the United States. *Urology*. 2018;118:76-79. DOI: 10.1016/j.urology.2018.03.016.
9. Profamilia. Informe anual de actividades [internet]; 2017 [citado 2017 nov. 15]. Disponible en: http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/04/INFORME-PROFAMILIA-2017_compressed.pdf.
10. The Respond Project. A matter of fact, a matter of choice: The case for investing in permanent contraceptive methods [internet]; 2014 [citado 2018 mar. 17]. Disponible en: http://www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/advocacy-materials/Case-for-Perm-Methods-White-Paper-2014.pdf.
11. Pallito C, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: Testing the feminist perspective. *Soc. Sci. Med*. 2005;60(10):2205-16.
12. Laurenti R, Buchalla C, Mello H de *et al.* . La salud de los hombres en la región de las Américas. *Revista Panamericana Salud Pública*. 1998;4(5):362-6.
13. Flores-Huitrón P, Jiménez-Hernández J del C, Madrigal-de León HG, Ponce-Rosas ER, Landgrave-Ibáñez S, Baillet-Esquivel LE. Perfil del varón que elige vasectomía sin bisturí en un centro de salud de la ciudad de México: 15 años de experiencia. *Atención Familiar*. 2014;21(1):12-15. DOI: 10.1016/S1405-8871(16)30004-9.
14. Hernández-Aguilera RD, Marván-Garduño ML. La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2015;29(1):30-35. DOI: 10.1016/j.rprh.2014.12.003
15. Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]; 2017 [citado 2018 mar. 20]. Disponible en: <https://nacionesunidas.org.co/ods/objetivo-3-garantizar-una-vida-sana-y-promover-el-bienestar-para-todos-en-todas-las-edades/>.

16. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo II. Componente de salud sexual y salud reproductiva. Bogotá: Profamilia; 2017.
17. Profamilia. Registro de usuarios de servicios de Profamilia-Colombia. Bogotá; 2018.
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estratos socioeconómicos: preguntas frecuentes de estratificación. [internet] 2014 [citado 2019 feb 19]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf
19. Colombia, Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía. Ficha técnica Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). [internet] 1 de junio de 2016 [citado 2018 nov. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Ficha-ends-2015.zip>
20. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Bogotá, D.C; 2018.
21. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [internet]; 2017 [citado 2018 nov. 10]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf.
22. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).
23. Profamilia. Registro de usuarios de servicios de Profamilia-Colombia, 1970-2016.
24. Profamilia. Registro de usuarios de servicios de Profamilia-Colombia, 2015-2016.
25. Barone MA, Johnson CH, Luick MA; Teutonico DL, Magnani RJ. Characteristics of men receiving vasectomies in the United States, 1998-1999. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2007;36(1):27-33. doi: <https://doi.org/10.1363/3602704>.
26. Viveros M. La esterilización masculina: ¿un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, 2009;(1):11-29.
27. Gutmann M. Hombres carnales: los políticas somáticas de la salud reproductiva masculina. Maguaré. 2004;(18):221-40.