

Corresponsabilidad: participación masculina en la atención prenatal para la prevención del Zika

[Elga Salvador](#)

[Tisa Barrios Wilson](#)

En muchos países de ingresos bajos y medios, los hombres son los principales proveedores y los principales responsables de la toma de decisiones en la familia, determinando el acceso de las mujeres a los recursos económicos y restringiendo la capacidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud y la salud de los niños (1) Muchos sistemas de salud requieren pagos de bolsillo, esta práctica puede limitar el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna y obstétrica, que son esenciales para la prevención del Zika y la salud general de la madre, el recién nacido y el niño (1). Además, la disminución del poder de decisión de las mujeres puede interferir con su capacidad para participar en prácticas de prevención seguras, como usar un condón para prevenir el Zika y otras ITS, y en actividades importantes para el desarrollo infantil, como nutrición materna adecuada durante el embarazo, prácticas de lactancia materna, y cuidado de un niño enfermo o con discapacidad (2). Involucrar los hombres durante el embarazo, a través de visitas de atención prenatal (APN), es un punto de partida crítico para la prevención del Zika, para mejorar la salud materna e infantil y para abordar las dinámicas de pareja en la toma de decisiones.³ Una mayor participación de los hombres también puede ser una oportunidad para mejorar la salud sexual y reproductiva de los hombres, interrumpir los ciclos intergeneracionales de violencia y promover los roles de los hombres como promotores de la salud materna e infantil (3).

Las visitas de APN aumentan el conocimiento de los hombres sobre la importancia de los servicios de salud materno, posnatal e infantil, lo que los hace invertir más en la salud de sus parejas e hijos (4,5) Este conocimiento puede traducirse en la provisión de recursos para acceder a servicios maternos como el transporte al hospital para el parto y el pago de los servicios, pero también como inversiones a largo plazo, como la participación temprana de los padres en la vida del bebé, lo cual es beneficioso para el desarrollo infantil (6).

Varios estudios en países de ingresos bajos y medios reportan beneficios positivos de la participación masculina en visitas de APN, entre ellas: mayor acceso materno a servicios prenatales y postnatales, partos con parteras o personal médico calificado, desaliento de prácticas maternas poco saludables como fumar y consumir alcohol, mejora de la salud mental materna, reducción de la depresión posparto, mejora del estado nutricional de la madre, reducción del estrés, dolor y ansiedad durante el parto, mayores tasas de lactancia materna y, en general, un impacto positivo en el desarrollo de los niños (1,3,5,7). Todas estas prácticas pueden incidir además en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

Algunos estudios también han demostrado que el aumento del involucramiento paterno en el embarazo se correlaciona con un aumento del apego infantil y la vinculación con su hijo, lo que beneficia el desarrollo infantil (6,8,9).

La participación masculina en las visitas de ANC también puede proporcionar oportunidades para que las proveedoras y los proveedores aconsejen a las parejas embarazadas y se ha demostrado que aumenta la probabilidad de uso de anticonceptivos, la aceptación de las pruebas del VIH y la adopción de medidas para prevenir la transmisión vertical y sexual del VIH. Dado que el Zika también se transmite sexualmente, las visitas de APN son una oportunidad clave para aconsejar a las parejas embarazadas y promover el uso de condones (2). Finalmente, varios estudios han informado que la presencia masculina en las visitas de APN se correlaciona con una mejora en la comunicación de pareja, un aumento en la toma de decisiones conjunta y un impacto en la identificación y reducción de la violencia de género (1,10).

Los beneficios están bien documentados, sin embargo, también es importante comprender que la participación masculina en la APN no funciona en todas las situaciones. La mujer puede no querer que su pareja participe cuando es parte de relaciones violentas u sufre conductas de control. Por lo tanto, es fundamental buscar el consentimiento de la mujer antes de involucrar a su pareja. Además, el personal de salud debe ser consciente de que no todas las mujeres embarazadas tienen pareja, así que hay que desconfiar de programas y políticas que priorizando a las mujeres acompañadas por sus parejas, aislan aún más a las madres solteras.

Bajo el proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) de USAID, WI-HER está ayudando a los países de la región de América Latina y el Caribe a identificar cuáles son las barreras que limitan la participación masculina en la APN, a fortalecer las iniciativas existentes de participación masculina y a ayudar al personal de los servicios de salud a planificar nuevas iniciativas.

En colaboración con el personal de ASSIST, realizamos análisis de género en Honduras, Guatemala y en la República Dominicana e identificamos tres barreras principales que impiden que los hombres participen en las visitas de atención prenatal. La primera es que el embarazo y el cuidado infantil se consideran responsabilidad de las mujeres, lo que se refleja en la idea cultural "machista" según la cual es normal que los hombres no participen en la búsqueda de atención para sus esposas e hijos, especialmente durante el embarazo, el parto y el posparto (11).

"Queremos crear consciencia de que los hombres pueden cuidar a un bebé, que no es solo trabajo de la mujer. Pero esta no es la costumbre aquí, hay muchas barreras culturales y hay mucho machismo. Queremos liberar este estigma y cambiar estos roles." (Proveedor de Salud, Tela, Honduras)

La segunda barrera, es que los hombres a menudo perciben el sistema de salud, incluidas las actitudes del personal de atención materna, como poco acogedoras, intimidantes y que no apoyan la participación masculina (12,13). Si bien es de suma importancia centrarse en las necesidades de la mujer, las proveedoras y los proveedores deben comprometerse en incluir e involucrar de forma activa al compañero en la conversación. Además, los hombres a menudo se quejan de que el sistema de salud es demasiado lento, no están dispuestos a soportar largos tiempos de espera y, en general, evitan el sistema de salud a menos que sea una emergencia o una exigencia de documentación necesaria para su trabajo.

"En la cultura de Guatemala el centro de salud se usa prácticamente para mujeres y niños; debido al tiempo de espera que se requiere, los varones prefieren pagar una consulta privada y uno viene al centro de salud"

solo para sacar tarjetas necesarias para el trabajo, pero no para una consulta personal.” (Hombre, Teculután, Guatemala)

La tercera y más comúnmente mencionada barrera es logística, ya que las citas de APN se llevan a cabo durante las horas de trabajo y los hombres tienen dificultades para obtener permiso para dejar el trabajo, o no pueden permitirse el lujo de renunciar al salario de un día. El costo también es un problema y pagar por comida y transporte para dos personas puede estar fuera del presupuesto familiar.

“Es algo costoso que aquí en Guatemala le den permiso para acompañar a la mujer. Si me alcanza dinero, el dinero prefiero destinarlo para que vaya la mujer y pague su transporte, sus exámenes y su comida. No ganamos lo suficiente para pagar los pasajes para los dos y para la comida.” (Hombre, Llano de Animas, Guatemala)

En nuestro viaje más reciente a Honduras, pudimos conocer en profundidad las iniciativas que el equipo de ASSIST en Honduras y sus socios que trabajan en los hospitales han estado implementando para aumentar la participación de los hombres en la respuesta frente al Zika. Una estrategia que utilizan algunos establecimientos de salud es pedir a las mujeres que inviten a sus parejas a la cita de APN mediante una invitación escrita o verbal. Algunos hospitales emiten prescripciones selladas para que los hombres puedan presentarlas a sus empleadores y obtener el permiso para faltar al trabajo para acudir a la cita. Algunos centros de salud realizan talleres o presentaciones dirigidos a las parejas, y uno incluso tiene un acuerdo con el municipio de que las parejas que solicitan una licencia de matrimonio deben asistir a una sesión obligatoria en el hospital para obtener información sobre la prevención del Zika, la planificación familiar y el uso de condones. Algunas instalaciones ofrecen consejería individual sobre prevención de Zika y otras ITS y planificación familiar que contempla la entrega de condones a los hombres y otras se dirigen a grupos de hombres a través de charlas informativas y de sensibilización en la sala de espera o en espacios organizados específicamente. Si bien algunas de estas iniciativas están comenzando poco a poco y aún se están probando, muchos equipos son optimistas y están orgullosos de su trabajo.

“Algunos de los cambios que hemos visto en los hombres que participaron [con sus compañeras en nuestros talleres] son un mayor uso de condones, vínculos familiares más estrechos y una mayor corresponsabilidad al cuidar a sus hijos”. (Proveedor de Salud, El Progreso, Honduras)

Estos equipos trabajan incansablemente para crear un cambio de actitud y prácticas a nivel comunitario, alentando a los hombres que participaron a informar y sensibilizar a sus amigos, familiares y vecinos, invitándolos a jugar un rol más participativo en el cuidado de la salud de la pareja y de sus hijos antes y después del parto.

En resumen, es fundamental para el personal de salud involucrar a los hombres como parte de la solución. Promover la participación de las parejas en las visitas de APN, o involucrarlas de otras formas, es una iniciativa crítica para contribuir a la prevención del Zika y a la promoción de la salud materna e infantil en América Latina y el Caribe. Para apoyar a nuestros socios en este trabajo, WI-HER aplica iDARE, un abordaje innovador basado en la ciencia de la mejora, que a través de la sensibilización en género y la creación de capacidades en la integración de género, permite a los equipos ASSIST y al personal de salud de los diferentes países a identificar brechas y oportunidades de género, replicar las capacitaciones sensibilizando más colegas y mejorar la implementación del programa, así como su medición y evaluación.

1. Yargawa J, Leonardi-Bee J. Male involvement and maternal health outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health*. 2015;69(6):604-612. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25700533>. doi: 10.1136/jech-2014-204784.
2. Osamor PE, Grady C. Zika virus: Promoting male involvement in the health of women and families. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2016;10(12). <https://search.proquest.com/docview/1858864183>. doi: 10.1371/journal.pntd.0005127.
3. Doyle K, Kato-Wallace J. Male engagement in maternal, newborn, and child health/sexual reproductive health and rights. *MenCare: A Global Fatherhood Campaign*. 2013.
4. Coutinho EC, Antunes, Joana Gomes Vilaça Cardoso, Duarte JC, Parreira VC, Chaves CMB, Nelas PAB. Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016;217:435-442. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042816000355>. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.010.
5. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchter S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS ONE*. ;13(1). <https://doi.org/article/6af557cbc9e94f07a7e3ea05912ee5ba>. doi: 10.1371/journal.pone.0191620.
6. Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: Evidence from a national survey. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514133>. doi: 10.1186/1471-2393-13-70.
7. Aguiar C, Jennings L. Impact of male partner antenatal accompaniment on perinatal health outcomes in developing countries: A systematic literature review. *Matern Child Health J*. 2015;19(9):2012-2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25656727>. doi: 10.1007/s10995-015-1713-2.
8. Shannon JD, Cabrera NJ, Tamis-LeMonda C, Lamb ME. Who stays and who leaves? father accessibility across children's first 5 years. *Parenting*. 2009;9(1-2):78-100. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15295190802656786>. doi: 10.1080/15295190802656786.
9. Condon J, Corkindale C, Boyce P, Gamble E. A longitudinal study of father-to-infant attachment: Antecedents and correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2013;31(1):1-16. <https://search.proquest.com/docview/1287954087>. doi: 10.1080/02646838.2012.757694.
10. Morfaw F, Mbuagbaw L, Thabane L, et al. Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: A systematic review to identify barriers and facilitators. *Systematic reviews*. 2013;2(1):5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23320454>. doi: 10.1186/2046-4053-2-5.
11. An innovative approach to involving men in maternal and newborn health care: Program experiences in the department of matagalpa, nicaragua USAID. 2014.
12. Kwambai TK, Dellicour S, Desai M, et al. Perspectives of men on antenatal and delivery care service utilisation in rural western kenya: A qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):134. <http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:pure.amc.nl:publications%2...> doi: 10.1186/1471-2393-13-134.
13. Kaye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Osinde MO, Mbalinda SN, Kakande N. Male involvement during pregnancy and childbirth: Men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in mulago hospital, uganda. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479421>. doi: 10.1186/1471-2393-14-54.