UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

Título

Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

Tesis

Para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

Autoras:

Br. Rujel Quezada, Karla Mabel Yeraldyn

Br. Bayona Martinez, Stefany Marilyn

Tumbes, 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

Título:

Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dra. Isabel Narva Roncal (Presidenta) _____

Dr. Paul Vílchez Castro (Secretario) _____

Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima (Vocal-Asesor) _____

Tumbes, 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido y forma:

Br. Rujel Quezada Karla Mabel Yeraldyn (Autora) _____

Br. Bayona Martinez Stefany Marilyn (Autora) _____

Dr. Ypanaque Ancajima Jhon Edwin (Asesor) _____

Tumbes, 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Licenciada
Resolución del Consejo Directivo Nº 155-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Tumbes – Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los 28 días del mes mayo del dos mil veinticinco, siendo las 18 horas, en la modalidad presencial: en los ambientes de la Facultad de Ciencias de la Salud , se reunieron el jurado calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado mediante la RESOLUCIÓN DECANAL N° 018– 2025/ UNTUMBES – FCS Dra. Isabel Narva Roncal (presidenta), Dr. Paul Vilchez Castro (secretario), Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima(Vocal). Reconociendo en la misma resolución, al Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima como asesor, se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada "Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones de una zona rural, Tumbes 2024"", para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia presentada por las bachilleres:

BR. RUJEL QUEZADA KARLA MABELYERALDYN
BR. BAYONA MARTÍNEZ STEFANY MARILYN.

Concluida la sustentación y absueltas las preguntas, por parte de las sustentantes y después de la deliberación, el jurado según el artículo Nº 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara a la Br. **RUJEL QUEZADA KARLA MABEL YERALDYN**, **APROBADO** con el calificativo, **MUY BUENO y a la Br. BAYONA MARTÍNEZ STEFANY MARILYNA, APROBADO con el calificativo MUY BUENO**

En consecuencia, quedan **APTAS** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de Licenciado en Obstetricia, de conformidad con lo estipulado en la ley universitaria Nº 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las **19** Horas con **30** minutos del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, en forma presencial, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 28 de mayo del 2025.

Dra. Isabel Narva Roncal
DNI N°18840351
ORCID N°0000-0002-3004-7446
(Presidenta)

Dra. Paul Vilvhez Castro
DNI N.° 0252184
ORCID N° 0000-0002-1435-5836
(Secretario)

Dr. Jhon Edwin Ypanaque ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-6050-7423
(Asesor – Vocal)

cc.
Jurado (03)
Asesor
Interesado
Archivo (Decanato)
MPMO/Decano

Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

por Karla Rugel Quezada y Bayona Martinez Stefany

Fecha de entrega: 04-jun-2025 04:23p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2692267692

Nombre del archivo: INFORME_DE_TESIS_-_RUJEL_Y_BAYONA.docx (94.29K)

Total de palabras: 10204

Total de caracteres: 55805

Dr. Jhon Edwin Ypanaque ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-6050-7423

Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	19%	%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	pepsic.bvsalud.org Fuente de Internet	4%
2	scielosp.org Fuente de Internet	3%
3	scielo.sld.cu Fuente de Internet	2%
4	revistas.unla.edu.ar Fuente de Internet	2%
5	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	www.scielosp.org Fuente de Internet	2%
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
8	www.investigarmqr.com Fuente de Internet	1%
9	www.pueg.unam.mx Fuente de Internet	1%
10	riuc.bc.uc.edu.ve Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1%
	repositorio.ucv.edu.pe	

Dr. Jhon Edwin Ypanaque ancajima
DNI N° 42124867
ORCID N° 0000-0002-6050-7423

12	Fuente de Internet	<1 %
13	www.medbox.org Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.espe.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
15	deporte.ugr.es Fuente de Internet	<1 %
16	www.unfpa.org Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	www.medicosdelmundo.org Fuente de Internet	<1 %
19	www.popcouncil.org Fuente de Internet	<1 %
20	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 15 words
Excluir bibliografía	Activo		

Dr. Jhon Edwin Ypanaque ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-6050-7423

CERTIFICACIÓN DE ASESORÍA

Yo, Dr. Jhon Ypanaque Ancajima docente ordinario de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrito al Departamento de Obstetricia a la Facultad de Ciencias De la Salud, Escuela Profesional académica de obstetricia.

CERTIFICA:

Que el presente proyecto de tesis titulado “Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024”, presentado por la Bachilleres: Rujel Quezada, Karla Mabel; Bayona Martinez, Stefany Marilyn, ha sido asesorado por mi persona, por tanto, queda autorizado para su presentación e inscripción en la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes para su revisión y aprobación correspondiente.

Tumbes, 10 de enero del 2025

Dr. Jhon Ypanaque Ancajima
Asesor del proyecto de tesis

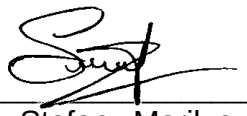
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Las suscritas Bachilleres. **Bach. Rujel Quezada, Karla Mabel Yeraldyn**, con DNI N°48601075 y **Bayona Martinez, Stefany Marilyn** con DNI N°75066295 bachilleres de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, al amparo de la ley N°27444, Ley de Procedimientos Administrativos Generales, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El proyecto de investigación titulado “Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024”. El estudio presentado cumple con las normas de citas y referencias bibliográficas no ha sido plagiado, es decir que anteriormente no ha sido publicado para obtener algún grado profesional.
2. En el proyecto de investigación, los datos y contenidos presentados de la tesis no serán falseados, duplicados, copiados. De tal manera que los resultados podrán ser de aporte a la comunidad científica.
3. De identificarse la falla de auto plagio fraude, plagio o piratería, asumo las consecuencias y sanciones de mi acción, sometiéndome a la normatividad vigente dela Universidad Nacional de Tumbes.

Tumbes, 10 de enero del 2025

Rujel Quezada Karla Mabel Yeraldyn
DNI: 48601075
Br. Obstetricia



Bayona Martinez Stefany Marilyn
DNI: 75066295
Br. Obstetricia

DEDICATORIA

A Dios por darme la sabiduría, conocimiento y fortaleza para no rendirme antes las adversidades y culminar una etapa más en mi vida profesional

A mis padres Martir Bayona Purizaca y Julia Martinez Morales por su apoyo incondicional, sus consejos, su amor y por ser mi motivo se seguir alcanzando mis metas.

A mis hermanos Aldo, Selenny y Jhan por su apoyo, en especial a Aldo por nunca dejarme sola en mis momentos difíciles y alentándome a seguir adelante y cumplir con mis objetivos.

A Ricardo Aldair Olivos Rugel, mi compañero de vida que ha estado desde el inicio de mi formación profesional, por sus consejos en todo momento, por impulsarme a ser la mejor versión de mí misma y me has demostrado que todo es posible poniéndole dedicación y esfuerzo.

A mi abuelita Ramitos y a mi tío Julio mis ángeles en el cielo, este logro es de ustedes, gracias por su apoyo, sus consejos y todo el amor brindado hacia mi persona, siempre estarán en mi corazón.

Bayona Martinez Stefany Marilyn.

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por darme salud y fuerzas para seguir adelante en todo este proceso de mi carrera profesional y por llegar hasta el final de este camino.

A mis padres maravillosos Rujel Rojas Carlos y Quezada Zúñiga Karina por brindarme su apoyo incondicional y por sus valores y enseñanzas que me brindan cada día para ser una mejor persona y una gran profesional, a mi hermana Rujel Quezada Yasuri por estar ahí pendiente de mí y su gran amor.

A mi esposo y compañero de vida Huamán Cruz José por qué siempre está ahí apoyándome en todo lo que necesite en este largo proceso de mi carrera profesional por qué nunca dejó que desista y por su gran amor y apoyo incondicional.

A mis hijos Eithan y Logan Huamán Rujel porque en el camino llegaron a hacer una de las razones más importantes en mi vida por seguir y no desistir.

Rujel Quezada Karla Mabel Yeraldyn.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por proveernos de vida, salud y sabiduría. Darnos la fuerza para continuar en este proceso de obtener una de las metas más deseadas.

A la Universidad Nacional de Tumbes por su excelente preparación profesional a todos sus egresados, por permitirnos forjarnos de conocimientos, competencias y habilidades para ser mejores profesionales en el ámbito de la salud.

A nuestros docentes por sus enseñanzas durante toda nuestra formación profesional, por sus apoyos, consejos y motivarnos a alcanzar nuestros objetivos.

Y en especial a nuestro asesor Dr. Jhon Ypanaque Ancajima por su invaluable apoyo, guía y orientación durante todo el proceso de nuestra investigación.

A nuestros jurados por su conocimiento en el campo de la salud/Obstetricia, su capacidad de analizar y criticar constructivamente nuestro proyecto de investigación que ha sido primordial para mejorar la calidad de nuestra tesis.

Las autoras.

ÍNDICE

		Pág.
DEDICATORIA		x
AGRADECIMIENTO		xii
RESUMEN		xv
ABSTRACT		xvi
I.	INTRODUCCIÓN	17
II.	REVISIÓN DE LITERATURA	23
	2.1. Bases teóricas científicas	23
	2.2. Antecedentes	35
III.	MATERIAL Y MÉTODOS	39
	3.1. Tipo y diseño de investigación	39
	3.1.1. Hipótesis y Variables	39
	3.2. Población, muestra y muestreo	40
	3.3. Criterios de inclusión y exclusión	41
	3.4. Métodos técnicas e inst. de recolección de datos	41
	3.5. Procesamiento y análisis de datos	42
	3.6. Consideraciones Éticas	43
IV.	RESULTADOS	44
V.	DISCUSIÓN	48
VI.	CONCLUSIONES	51
VII.	RECOMENDACIONES	52
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS		58

ÍNDICE DE TABLAS

		pág.
Tabla 1.	Construcción social de masculinidad en varones en una zona rural, Tumbes 2024	44
Tabla 2.	Acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024	45
Tabla 3.	Relación entre la masculinidad y el acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024	46
Tabla 4.	Análisis de riesgo entre masculinidad y uso de métodos anticonceptivos de sus parejas en una zona rural, Tumbes 2024	47

ÍNDICE DE ANEXOS

		pág.
ANEXO 1:	Cuestionario	58
ANEXO 2:	Consentimiento informado	61
ANEXO 3:	Validez del instrumento	62
ANEXO 4:	Análisis de fiabilidad	65
ANEXO 5:	Operacionalización de variables	67
ANEXO 6:	Evidencias de la aplicación del instrumento	68

RESUMEN

La presente investigación, cuyo objetivo general, Determinar la relación entre la masculinidad y el acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024. Estudio cuantitativo no experimental, diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo constituida por 336 varones de 18 a 49 años del distrito de San Jacinto. Los resultados precisan que la masculinidad negativa: representa el 86.6% de los casos (292 individuos) y masculinidad positiva, constituye el 13.4% de los casos (45 individuos), lo que muestra una minoría en esta categoría. En los últimos seis meses, solo el 16.3% de las personas encuestadas (55 individuos) reportaron haber recibido algún tipo de atención en salud sexual y reproductiva, mientras que el 83.7% (282 personas) indicó no haber accedido a estos servicios. En el grupo con masculinidad negativa, el 14.8% (50 personas) reportaron haber recibido atención en salud sexual y reproductiva, mientras que el 71.8% (242 personas) no accedieron a estos servicios. Por otro lado, dentro del grupo con masculinidad positiva, solo el 1.5% (5 personas) recibieron atención, mientras que el 11.9% (40 personas) no accedieron a estos servicios. El estudio concluye que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de masculinidad y la recepción de atención en salud sexual y reproductiva en este estudio.

Palabras claves: tasa de fecundidad, uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar, mujeres en edad fértil.

ABSTRACT

This research, with the general objective of determining the relationship between masculinity and access to primary sexual and reproductive health services among men in a rural area of Tumbes in 2024, is a quantitative, non- experimental study with a descriptive, correlational cross-sectional design. The population consisted of 337 men aged 18 to 49 years from the district of San Jacinto. The results indicate that negative masculinity represents 86.6% of the cases (292 individuals), while positive masculinity accounts for 13.4% of the cases (45 individuals), showing a minority in this category. In the last six months, only 16.3% of the respondents (55 individuals) reported receiving any type of sexual and reproductive health care, while 83.7% (282 individuals) indicated that they had not accessed these services. In the negative masculinity group, 14.8% (50 individuals) reported receiving sexual and reproductive health care, while 71.8% (242 individuals) did not access these services. On the other hand, in the positive masculinity group, only 1.5% (5 individuals) received care, while 11.9% (40 individuals) did not access these services. The study concludes that no statistically significant association was found between the type of masculinity and the receipt of sexual and reproductive health care in this study.

Keywords: fertility rate, use of contraceptive methods, family planning, women of reproductive age.

I. INTRODUCCIÓN

La Política de Género de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene como objetivo contribuir al logro de la igualdad de género en el desarrollo de la salud. Este artículo surge del informe Masculinidad y Salud en las Américas de 2019 de la Organización Panamericana de la Salud, que respondió a la necesidad de informar sobre el impacto significativo de la masculinidad hegemónica en la salud de hombres y mujeres, así como la falta de una respuesta global a los problemas de los hombres. Este informe concluye que los resultados de salud de los hombres están fuertemente vinculados a la construcción de la masculinidad y que las respuestas de salud de los hombres son raras y no están bien documentadas. (1).

Debido a la discriminación que la sociedad ha creado entre hombres y mujeres con roles y expectativas distintos, las cuestiones de salud sexual y reproductiva son responsabilidad de las mujeres.

En este sentido, las mujeres son el principal grupo objetivo y las principales beneficiarias de los programas locales e internacionales de salud reproductiva y planificación familiar. (2).

Esto se debe en parte a que los responsables de las políticas de salud y los proveedores de servicios han subestimado el papel influyente que desempeñan los hombres en la salud sexual y reproductiva de sus familias, especialmente de sus parejas (3). Las necesidades de salud reproductiva de las mujeres están determinadas inicialmente por la necesidad de utilizar métodos anticonceptivos seguros. Su confianza y satisfacción con los servicios de planificación familiar que se les asignan. (4).

Pasar del concepto de planificación familiar al concepto de salud reproductiva no significa que las circunstancias de los hombres vayan a cambiar, al menos en términos de prestación de servicios (5). Cuando los hombres empezaron a llamar la atención, se los consideraba peligrosos y confusos para los servicios.
Sin embargo, la epidemia de SIDA ha llamado la atención de científicos, expertos y formuladores de políticas sobre la importancia de considerar a los hombres y su

comportamiento sexual (6).

A partir del llamado allí contenido, al examinar la salud sexual y reproductiva de los hombres, así como los aspectos de la construcción de la masculinidad que la afectan directamente, resulta que muchas veces no se tienen en cuenta las necesidades de los hombres en este sentido, incluidas las de información y asesoramiento. en cuenta. Al prestar servicios casi exclusivamente a mujeres. (7).

El comportamiento reproductivo masculino es importante porque los hombres son actores centrales en el proceso de toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, lo que está estrechamente vinculado con el uso de anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH. Existe cierta información básica sobre los niveles de fertilidad y sus determinantes en las sociedades industriales modernas, pero se sabe poco sobre las percepciones, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos de los hombres. (8)

En resumen, entender el punto de vista del varón ha sido reconocido, como imprescindible para mejorar, así como para disminuir el riesgo o el daño en la salud reproductiva, tanto de hombres como de mujeres, de ahí la necesidad de abordar este tema en el contexto comunitario, más aún en la identificación de las barreras que impiden la cobertura de salud primaria desde la perspectiva de género.

El acceso de los hombres adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) está limitado por el hecho de que históricamente la SSR ha sido considerada una cuestión de mujeres (9). Por otro lado, los varones adolescentes están sujetos a muchos sistemas culturales diferentes que los ponen en riesgo con respecto a la salud reproductiva, entre ellos: vivir sexualmente de acuerdo con normas masculinas hegemónicas (10), tener más parejas sexuales que mujeres y tener relaciones sexuales bajo sus normas. influencia. Usar alcohol o drogas y tener conductas que pongan a otros en riesgo, como resistirse al uso del condón (11). Algunos han argumentado que los jóvenes no utilizan adecuadamente los centros de salud y que la presencia de servicios de salud adaptados a los jóvenes, aunque importante, no garantiza su participación. (12).

Varios estudios internacionales describen obstáculos tópicos e institucionales para el acceso de los jóvenes a los servicios de SSR, incluida la socialización masculina para cuidar su pequeña salud, y se relacionan principalmente con la salud a través de la emergencia, y vergüenza para darse cuenta de que "necesitan información sobre información de SSR, pobres. Capacitación para empleados de salud para el cuidado de los jóvenes y las actitudes negativas hacia ellos por el personal de salud (13).

Estudios sobre hombres de varios países de América Latina y la Región del Mar del Caribe, especialmente Brasil, Guatemala, Haití, Perú y la República Dominicana, Nicaragua y Cuba, fue el objetivo de obtener datos de una base de su comportamiento sexual, utilizando anticonceptivos y reproductividad Preferencias (14)

Los resultados más relevantes de estos estudios provienen de encuestas demográficas y de salud aplicadas a los hombres. Es importante destacar los siguientes hallazgos: una profunda comprensión de los métodos anticonceptivos tradicionales y modernos entre los residentes urbanos y aquellos con educación superior, especialmente entre los jóvenes.

Las razones que los hombres dieron con mayor frecuencia para no utilizar anticonceptivos fueron: fertilidad futura, razones religiosas y culturales y, en menor medida, el costo o la disponibilidad de los anticonceptivos (15).

La salud de hombres y mujeres es diferente, y estas diferencias no son sólo biológicas, sino que también están determinadas por factores de riesgo y el peso de los determinantes sociales de la salud (DSS) como el género, la raza, la etnia, la clase y la orientación sexual. Los cuales afectan desproporcionadamente las trayectorias de salud (16). Estas diferencias son significativas para el método y qué intervenciones sociales y de salud deberían ser apropiadas para satisfacer las necesidades específicas de los subgrupos.
El enfoque del curso de vida contribuye a una mejor comprensión del impacto de los DSS en los hombres a lo largo del ciclo de vida mediante la aplicación de principios básicos como vías, transiciones, períodos críticos y sensibles, temporalidad, vínculos vitales, efectos acumulativos y transferencia de recursos.

Esto ilustra el principio de los períodos críticos en las diferencias de mortalidad a lo largo del curso de la vida, ya que los aumentos más significativos en la mortalidad entre los hombres comienzan a aparecer alrededor de los 15 años, cuando las diferencias en la socialización entre hombres y mujeres son más pronunciadas (17).

Los estudios realizados en países centroamericanos (Nicaragua, Honduras, Costa Rica, El Salvador), cuyo objetivo es revelar las actitudes hacia los roles sociales, dan fuertes indicaciones de la "propia actitud" de los encuestados al responder un conjunto de tres preguntas que intentaron abordar. Revelar las actitudes de los hombres respecto del papel de las mujeres en el mundo privado (familia) y en el mundo público (trabajo fuera del hogar); Las respuestas denominadas "tradicionales" son aquellas que responden a los valores de una sociedad patriarcal, en la que los hombres toman las decisiones familiares y las mujeres desempeñan un papel esencial en el mantenimiento del hogar y la familia (18).

En algunos países, menos hombres que hombres discutieron los derechos de las mujeres a estudiar y trabajar fuera del hogar, pero dentro de estos bajos valores, el rango de diferencias fue amplio, desde el 2,3% no concedió estos derechos a las mujeres en Belice y el 13,8% no lo hizo; lo mismo ocurre en Panamá (19).

La cultura latinoamericana es a menudo considerada una cultura en la que las ideas sobre la sexualidad están arraigadas en la desigualdad de género y persisten los dobles estándares sexuales, como que las mujeres deben casarse con vírgenes, afirmando la mayor necesidad de la sexualidad de los hombres sobre las mujeres o sugiriendo que se debe respetar la sexualidad. tener hijos (20).
Varios estudios han analizado la masculinidad, la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género, pero las diferencias culturales dentro de cada país y entre países de la subregión han impedido generalizar los resultados de un pequeño número de investigaciones.

En Cuba, en una encuesta realizada entre jóvenes de La Habana para estudiar las "relaciones heterosexuales", se intentó medir el acuerdo o desacuerdo con el concepto de relaciones heterosexuales que normaliza los roles sexuales. La

mayoría de los participantes estuvo de acuerdo en que “los hombres deberían tener relaciones sexuales con regularidad” (62,4%). Asimismo, predominaron quienes no estaban ni de acuerdo ni muy en desacuerdo con que “las mujeres necesitan tener menos sexo que los hombres” (62,0%). Se puede resumir que los entrevistados valoraron por igual las necesidades sexuales de ambos sexos (21).

Otro grupo de expresiones que reflejan las posiciones de los hombres y las mujeres en lo sexual fueron las siguientes: "Si un hombre está sexualmente excitado debe tener relaciones sexuales porque si no le puede hacer mal", "si la mujer quiere tener relaciones sexuales un hombre no puede decir no", "cuando una mujer dice que no quiere tener relaciones sexuales muchas veces quiere decir sí" (22).

A nivel local, no existen estudios relevantes que muestren la realidad respecto al uso de servicios de salud reproductiva del varón, en esa línea descriptiva del problema se extrapola a la zona local de intervención y se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación que existe entre las masculinidades y el acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024?

El presente estudio tiene relevancia social puesto que servirá para poder identificar la relación entre la construcción social de la masculinidad y el acceso a los servicios de salud, a fin de generar un impacto positivo en la comunidad a través de la generación de estrategias que permitan el fortalecimiento de la atención de salud con un enfoque de género participativo del varón.
El aporte teórico se justifica porque permitirá indagar más acerca del conocimiento de la construcción de la masculinidad, a fin proponer estrategias que incrementar el acceso a la salud sexual reproductiva del varón. La incorporación de la masculinidad en la salud reproductiva se puede fundamentar en modelos como el de la Salud Social y el de Género. La necesidad de entender cómo las masculinidades influyen en el acceso a la salud sexual y reproductiva en contextos rurales es urgente. Este estudio puede contribuir a la formulación de políticas más inclusivas y efectivas, siendo viable el desarrollo de la investigación.

La contribución metodológica radica en que se elaborará una herramienta de recojo de información valida y confiable para medir conocimiento, esto permitirá a que futuros investigadores puedan realizar adaptaciones del instrumento para otros estudios relacionados al tema.

La pertinencia de abordar la masculinidad en los servicios de salud reproductiva radica en la necesidad de adaptar las estrategias de atención a las realidades y expectativas de los hombres. En muchas comunidades, las normas de género y los estigmas asociados a la salud masculina pueden limitar la disposición de los hombres a buscar servicios de salud, lo que dificultará la obtención de datos precisos sobre sus necesidades y comportamientos.

Finalmente, la investigación pretende determinar la relación entre la construcción de la masculinidad y el acceso a los servicios de salud, elemento importante en la educación para la salud, donde se requiere de intervenciones integrales, no solo de salud física, sino de salud preventiva, para promover una cultura de cuidado de la salud integral. De ahí la importancia de desarrollar la presente investigación.

Para ello se ha establecido como objetivo general; Determinar la relación entre la masculinidad y el acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Bases teóricas científicas

La identidad masculina se define por oposición a lo que es femenino. El hombre para hacer valer su identidad masculina debe convencer a los demás que nos es una mujer, que no es un bebe y que no es un homosexual. La masculinidad necesita moldearse y demostrarse constantemente. "Nos comportamos como si la feminidad fuera natural, ineluctable, mientras que la

masculinidad debe adquirirse pagándola muy caro" demuestra que eres un hombre” (23)

Deberes, pruebas, demostraciones son exigencias que evidencian el reto que tienen los hombres que asumir para construir su masculinidad. A decir de Gunter Grass (24) el hombre es un muñeco de feria, teatro de la angustia y la desesperación. El miedo a la pasividad y a la feminidad es un fantasma en la vida de los hombres.

En el sistema patriarcal se han utilizado múltiples caminos para lograr que los niños se conviertan en hombres. Se utilizan ritos iniciáticos, confrontaciones o pruebas de identidad masculina. El hombre ha de hacerse estoicamente, soportando pruebas para demostrar virilidad. Una de las características de la masculinidad es la heterosexualidad. "…la posesión de una mujer refuerza la alteridad deseada, alejando el espectro de la identidad: tener a una mujer para no ser mujer" (25) En la antigüedad la homosexualidad permitía consolidar la identidad futura de los hombres.

No fue hasta el siglo XIX que la identidad masculina se definió sobre la base de la preferencia sexual. Ellis (32 años) define la homosexualidad como un trastorno congénito anormal. Desde entonces, la homosexualidad empezó a ser considerada una enfermedad. El término heterosexualidad fue creado para describir los patrones naturales que asocian la identidad de género con la identidad de género. A partir de ese momento, la homosexualidad comenzó a ser considerada una enfermedad, y luego fue definida como degeneración. A finales del siglo XIX, ningún hombre era considerado heterosexual a menos que primero confirmara su identidad sexual. No hay duda de que la identidad sexual se convierte en destino. El concepto de heterosexualidad fue creado para vincular estrechamente la identidad de género con la identidad de género. El sexo se convierte en la realidad humana última (26).

El uso de categorías de género en diversos marcos legales ha ayudado a acelerar cambios importantes para lograr la igualdad. Los desarrollos

específicos incluyeron los primeros estudios sobre la masculinidad. Los hombres comenzaron a darse cuenta de la subordinación a la que estaban sujetos. Durante décadas, los modelos de desarrollo aplicados en la región se han caracterizado por el completo abandono de los hombres. Necesitamos revertir esta tendencia y empezar a pensar en identidades invisibles. Esta desaparición, según Kimmel (27), es resultado del poder y los privilegios que disfrutan los hombres en una sociedad patriarcal. Lo universal es la medida de todo.

Los estudios sobre masculinidad surgieron en el mundo anglosajón en la década de 1970, imaginando que la construcción social de las relaciones de género trascendía no sólo las prácticas y subjetividades de las mujeres sino también las de los hombres, y era el punto de partida para la politización de la identidad masculina. No cabe duda de que la influencia de diversos movimientos feministas fue el motor que impulsó el inicio de esta nueva fisonomía. Los primeros grupos de discusión se realizaron dentro del socialismo feminista, para denunciar el patriarcado como expresión de la lógica de la dominación. Los cambios en la identidad femenina llevaron a cambios en la identidad masculina. Las feministas analizan la masculinidad como una manifestación de la estructura de privilegios. El capitalismo patriarcal es responsable de la división social y de género del trabajo. De este modo, esta estructura social puede transformarse (28).

Están surgiendo las primeras vías para analizar la masculinidad y abordarla como un elemento esencial de las políticas públicas. Bourdieu, Muestra claramente que todos nuestros conceptos y estructuras cognitivas son al mismo tiempo el resultado del sistema de dominación. Connell, afirma que la ciencia occidental es enteramente masculina. Seidler ve el Siglo de las Luces como un espacio histórico- social en el que se produjo una clara división entre naturaleza y razón y, por supuesto, surgió la suposición de la superioridad de la razón sobre las emociones. El punto de partida para la construcción de la masculinidad moderna (29)

Las escuelas y las familias se encuentran entre las instituciones modernas más importantes que participan activamente en la construcción de la masculinidad (30), porque a través de sus sistemas, prácticas y discursos normativos, crean definiciones institucionales de masculinidad que son simultáneamente materiales y simbólicas. Existen como acontecimientos sociales que vivimos todos los días y están muy extendidos en todos los ámbitos de la vida individual. La masculinidad se entiende aquí como un estatus social, que permite acceder a diversas formas de capital que surgen de la posición que ocupan algunos individuos por su condición de hombres y que amplía el campo de acción, el campo de toma de decisiones personales y oportunidades de poder. Por tanto, no es una característica de los individuos, sino la capacidad de poder y límites de acción que les otorga la sociedad.

En otras palabras, la masculinidad se refiere a las situaciones descentralizadas que los hombres ocupan en varios campos y permiten la acumulación de diferentes tipos de capital: economía, cultura, sociedad y símbolo. El poder, llamado Bourdieu (1999), se distribuye en campos relativamente independientes (religión, política y ciencia) y aquellos que ocupan posiciones de dominación en varios campos. En el campo de la fuerza para competir y tener relaciones sexuales con conflictos y el tipo de "intercambio" que ponen entre los diferentes tipos de energía (31)

La estructura sexual permite la renovación de esta posición y su mantenimiento a través de instituciones sociales, estructuras simbólicas y normativas que facilitan este poder, pero los agentes también desarrollan niveles de niveles, Se hizo desde esta posición. Esto es lo que algunos teóricos postestructuralistas (Davies, 1989; Walkardine, 1990; Thorne, 1993) describen como una negociación entre discursos y prácticas de género. Para Bourdieu (1999; 2000), el principio de acción no es el sujeto frente al mundo o la presión del campo sobre el agente, sino que el agente comprende el mundo desde el lugar en el que está inmerso, en el mismo ambiente. El tiempo

en que el mundo estaba a su vez dentro de sí mismo en forma de hábito (32) Fue a través del acto cotidiano de educación y ritual institucional que la esencia esencial de la masculinidad-feminidad quedó inscrita en el cuerpo que contenía lo más peligroso. Necesidades sociales. El sistema género-sexo no se refiere a la mente sino al cuerpo.

En este sentido, las escuelas y las familias contribuyen a la construcción de la masculinidad no específicamente a través de un sistema de normas impuestas externamente, sino creando guiones sociales en los que la competencia y la actividad de la masculinidad están determinadas por el estatus y el poder que confieren, mientras que las capacidades y actividades masculinas están determinadas por el estatus y el poder que confieren. Las mujeres son invisibles o infravaloradas. Estos textos sociales, en términos de Goffman (1979), establecen límites y posibilidades para los individuos en la medida en que les proporcionan mundos significativos a través de los cuales forman visiones afirmativas de su realidad, dirigen sus actividades diarias y establecen redes de individuos y organizaciones (33).

Por lo tanto, la vida familiar y la vida escolar, más que un simple conjunto de patrones establecidos, constituyen mundos materiales y simbólicos de relaciones sociales en los que los individuos pueden desarrollar sus propias normas de funcionamiento dentro de estructuras institucionales particulares. La cultura de grupo de pares en la que se desarrollan los adolescentes en la escuela es de particular importancia, porque la aceptación y el reconocimiento social dependen de la capacidad de los individuos para ingresar al “mundo masculino” definido por cada grupo social, sector y lugar de trabajo. Su sentido de valor depende de ello (34).

Al mismo tiempo, la escuela brinda oportunidades para compartir actividades, intereses y proyectos cotidianos, creando así alianzas, complicidades, rivalidades y vínculos emocionales entre hombres que muchas veces interfieren con sus identidades individuales y colectivas. Es también un espacio de redefinición social, donde no sólo prevalece el consenso o la

coerción, sino también donde ocurren diversas formas de resistencia, negociación y solidaridad que permiten reproducir o modificar modelos de masculinidad arraigados cultural y biográficamente (35)

Así, las instituciones proporcionan a los individuos un marco cognitivo y normativo, capaz de organizar interactivamente sus actividades ordinarias, pero también proporcionan una vida global que forma la base material y simbólica para construir su identidad como hombres o mujeres. Según Jiménez (1997), la identidad se construye combinando tres elementos: el sentimiento de pertenencia a un grupo social; Conjunto de rasgos derivados de la posición que ocupa un grupo en la sociedad; El sentido de sí mismo de una persona es el producto de su historia colectiva y su biografía personal. (36).

Por tanto, la construcción de la identidad masculina se manifiesta de dos maneras: una es una forma objetiva, producto de una determinada estructura social que otorga a los hombres un lugar destacado en la sociedad y les brinda mayores oportunidades y posibilidades de alcanzar poder que las mujeres, las especies son objetivas. formularios; producto de estructuras sociales específicas. y la forma de subjetividad que emerge de la articulación de esta posición y sirve como marco para la percepción e interpretación de su realidad. Las personas se encuentran en diferentes niveles de poder y prestigio debido a su diferente estatus social, lo que genera conflictos, competencia y alianzas entre personas de estatus similar, así como disputas abiertas o encubiertas entre personas de diferente estatus. Instituciones (37).

Las prácticas y discursos que cada persona desarrolla no sólo son resultado de la posición social que ocupa como persona, sino también de su clase, raza, edad o filiación religiosa, lo que conduce al cruce de posiciones que definen inevitablemente una identidad específica. En lugar de un modelo homogéneo de masculinidad, encontramos múltiples identidades masculinas que emergen tanto de los linajes que un individuo sigue en su biografía personal como de la jerarquía social del grupo al que pertenece, que se forma a lo largo de su

vida. seguir cambiando. Como señala Connell (2000), las identidades masculinas se construyen históricamente, pero también se reestructuran constantemente en las políticas de género cotidianas (38). Las identidades también cambian entre generaciones, a medida que ciertas prácticas se deslegitiman y otras se introducen a medida que surgen nuevas condiciones sociales, por lo que la exposición de los jóvenes a nuevas ideas, valores y relaciones a menudo crea nuevos patrones de realidad. Esto puede contribuir a cambios en los patrones de género. Por lo tanto, es importante estudiar el proceso de socialización de la masculinidad de los estudiantes universitarios, ya que pertenecen a una clase social caracterizada por la capacidad de reflexión, el potencial de absorber nuevas ideas y la posibilidad de establecer conexiones con mujeres que rompen con la tradición, abre nuevas formas de entender los cambios que se están produciendo en el orden de género de nuestro país y el papel de las instituciones en estos procesos (39).

Contamos con una base de conocimientos cada vez mayor destinada a comprender la salud de los hombres en relación con su lugar en la jerarquía de género (40). Esto se hizo aún más evidente con el cambio de siglo, cuando se reconoció que era necesario poner mayor énfasis en su menor esperanza de vida, así como en las actitudes, expectativas y comportamientos de los hombres como factores clave de la desigualdad en salud (41). A continuación, se presentan dos hechos específicos que ilustran cómo las políticas estimulantes y las agendas de investigación pueden ayudar a mejorar y repensar la salud de los hombres.

En noviembre de 2001, el British Medical Journal publicó un editorial titulado "¿Están los hombres en riesgo de extinción?", que reflexionaba sobre un tema que aparece en la literatura científica: el futuro de los hombres y su salud. Uno de los puntos clave que enfatizan los autores es que, si bien la mayoría de los determinantes sociales de la salud favorecen a los hombres, los hombres tienen tasas de mortalidad más altas. Ese mismo mes se celebra en Viena el primer Congreso Mundial sobre la Salud Masculina y se funda la Asociación Internacional para la Salud Masculina. El editorial anterior reitera estas

iniciativas y expresa la esperanza de que ayuden a reiniciar la investigación sobre el papel y el impacto del género en la salud de la población. El segundo hecho se refiere al llamado de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a un movimiento global para promover la equidad en salud (42).

Como parte de esta campaña, el 54º período de sesiones de la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer estará dedicado a la necesidad de involucrar a los hombres en el logro de la igualdad de género (43).

El desarrollo de paradigmas complementarios a los biomédicos ha permitido analizar los procesos de atención de la salud y la enfermedad desde una perspectiva más sensible a una perspectiva local y específica y explicar la etiología en términos de consideraciones de redes multicausales (44).

Si bien las diferencias en la salud entre hombres y mujeres se han explicado durante mucho tiempo en términos biológicos, suponiendo que sean naturales, las enfermedades no pueden ni deben describirse actualmente fuera de la experiencia humana dentro de un marco social. Esta consideración de la distinción subjetiva es una de las claves para el desarrollo de enfoques relacionales de género en el corpus de las ciencias de la salud pública.
El estudio del orden de género desde la teoría relacional, teniendo en cuenta la estrecha conexión entre la biología y la sociocultura, lo convierte en un elemento esencial en el estudio de las causas y factores que mantienen la desigualdad de género en contexto. Esto nos permite describir el género principalmente como una característica social y no sólo personal. Si bien existen muchas formas de conceptualizar el género, podemos determinar que estamos ante una construcción social con dos elementos básicos de análisis: diferencia/dicotomía y desigualdad/asimetría (45). Si bien ambas dimensiones son críticas, la realidad es que no existe un marco de referencia único para abordar el binomio problema de género y salud.

La idea del género como factor relacionado con la salud surgió con fuerza en la literatura científica durante la segunda ola del feminismo y se desarrolló

inicialmente a partir de preocupaciones sobre las necesidades de atención de las mujeres y la morbilidad diferencial. Esto ha llevado principalmente a una crítica del modelo androcéntrico de medicina y a centrarse en la medicalización de la salud reproductiva y sus enfoques (46). Por otro lado, desde mediados de la década de 1970, se ha vuelto cada vez más claro que ajustarse a las normas tradicionales de masculinidad parece estar asociado con mayores riesgos para la salud física y pobreza emocional (47).

Basado en la teoría de los roles de género, el objetivo de este número es identificar comportamientos que los hombres aprenden desde la primera infancia y que aumentan su riesgo de muerte y ciertas enfermedades. A principios de la década de 1980, los factores sociales subyacentes a los procesos de salud y enfermedad de las mujeres comenzaron a estudiarse de manera más analítica. Por lo tanto, se ha hecho hincapié en las desigualdades y las disparidades en materia de salud, así como en los prejuicios de género en la investigación y la atención de salud (48). Estos estudios son diferentes y se centran en cómo hombres y mujeres perciben y viven los procesos salud-enfermedad, mientras que la violencia contra las mujeres o los derechos de lesbianas, homosexuales y transgénero también comienzan a convertirse en temas interesantes. Esto ha llevado al desarrollo de la investigación sobre la salud de los hombres.

En la década de 1980, una creciente crítica a la teoría del rol de género, que enfatizaba fundamentalmente la importancia de la primera infancia en la socialización de género e ignoraba cuestiones relacionadas con las estructuras de privilegios, planteó preguntas sobre cómo los individuos internalizan el conocimiento completo del género (49). Paulatinamente, el género comenzó a incluirse en el análisis de las diferencias de género y de la relación entre hombres y mujeres, considerándose así un determinante de la salud. La década también marcó un punto de inflexión en las políticas e investigaciones sobre género y salud (50). Esto fue facilitado por la aparición en las bibliografías científicas de publicaciones como Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence, de la importante Lois M. Verbrugge (51) describió los principales patrones, hipótesis y explicaciones de las diferencias de género en la salud en los Estados Unidos. Los resultados mostraron que

los hombres tenían más condiciones potencialmente mortales que tenían más probabilidades de causar discapacidad permanente o muerte prematura. Este hallazgo fue respaldado por una serie de informes en Morbidity and Mortality Week, que proporcionaron evidencia de diferencias en la mortalidad entre hombres y mujeres de 15 a 24 años para las seis principales causas de muerte. suicidios, otras lesiones no intencionales, homicidios, cáncer y enfermedades cardíacas (52).

Estas publicaciones ayudan a resaltar la necesidad de abordar el impacto del género y su impacto en la salud de los hombres. Con todas estas contribuciones, los enfoques relacionales dejan en claro las prácticas corporales reflexivas de género que emergen en las relaciones interpersonales no sólo como acciones intrapersonales y personales, sino también como estructuras de mundos sociales. Por lo tanto, el género debe analizarse de manera multidimensional, teniendo en cuenta que las relaciones se basan en procesos históricos y dinámicos (52). Este enfoque proporciona la idea de incluir las necesidades de todos los géneros humanos, las cuales se socializan en el orden de creación de estructuras y jerarquías que conducen a desigualdades en salud.

La representación de la masculinidad en la literatura científica es fundamentalmente problemática (53). Esto plantea inevitablemente la pregunta: ¿por qué los hombres adoptan conductas que son más perjudiciales para su salud? Will Courtenay (53) ofrece un punto de remontada. Su artículo sugiere que algunos comportamientos riesgosos no sólo se definen culturalmente como "masculinos", sino que también pueden usarse para definir la masculinidad. Desde esta perspectiva, es la adhesión a ciertos ideales de masculinidad lo que explica algunas de las diferencias más importantes en salud entre mujeres y hombres (54).

También conduce a ciertas formas en que se entiende la masculinidad como un estado de inestabilidad social. Esta perspectiva teórica se basa en dos principios básicos. Por un lado, la masculinidad se caracteriza como un

estatus social que no sólo debe ganarse, sino que también puede perderse (a diferencia de la feminidad, que se considera un estado que fluye con el cambio biológico y, una vez alcanzado, no puede correr el riesgo de perderse). La masculinidad, por otra parte, es afirmada principalmente por otros y, por lo tanto, requiere exhibición pública (54).

Para los jóvenes, el proceso de formación de identidad en torno a la idea de riesgo se vuelve más importante, porque en esta etapa de la vida no sólo lo prohibido es atractivo, sino que también los mensajes normativos a menudo provienen de un desafío a la autoridad y pueden conducir a comportamientos ilegales (55). Junto al concepto de riesgo en sentido negativo, en los últimos años también se han fortalecido las connotaciones positivas. Descrito como algo presente en el curso de la vida, es una parte importante de la autoconciencia y del desarrollo socioemocional y, por tanto, de la definición de la identidad humana (54). Es este concepto de identidad el que resalta la importancia del género en la comprensión de la sexualidad. Este estudio destaca la experiencia de la masculinidad como un hecho social estrechamente relacionado con la conducta sexual, que no sólo enfatiza el papel de la heterosexualidad en los procesos de formación de identidad, sino que también resalta la interrelación entre conductas de riesgo y consolidación del poder (55).

De esta manera, las expectativas de género sobre el comportamiento apropiado influyen en gran medida en el comportamiento sexual de las personas (59). Sin embargo, el predominio de ciertos conceptos biomédicos combinados con ideales neoliberales de elección individual y modelos psicológicos de comportamiento individual ha llevado a un énfasis en la importancia de los determinantes contextuales y sociales en la configuración de las relaciones y las experiencias de salud. Esto ha llevado a que las desigualdades en salud de los hombres se basen en el comportamiento individual. Aunque se trata de un enfoque muy útil, en los últimos años se ha realizado una serie paralela de estudios que han incorporado estas explicaciones conductuales a una gama más amplia de determinantes de la salud (56).

El acceso a los servicios de salud es un aspecto fundamental para garantizar el bienestar de toda la población, sin embargo, este acceso es heterogéneo y se ve afectado por múltiples factores, entre los cuales la construcción social de la masculinidad juega un papel crucial. La masculinidad, entendida como un conjunto de atributos, comportamientos y roles asociados a los hombres en una determinada cultura, influye en la forma en que los varones perciben y utilizan los servicios de salud (55).

En muchas sociedades, las normas tradicionales de género promueven la idea de que los hombres deben ser fuertes, autosuficientes y resistentes al dolor. Esta concepción puede llevar a una subestimación de sus necesidades de salud y a una resistencia a buscar atención médica. La cultura de la masculinidad fomenta la creencia de que buscar ayuda es un signo de debilidad, lo que crea un estigma en torno a la atención médica, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Esta situación es más pronunciada en contextos rurales, donde las expectativas sociales pueden ser aún más rígidas y el acceso a servicios de salud puede estar limitado (54).

Además, los hombres a menudo enfrentan barreras económicas y logísticas al intentar acceder a servicios de salud. En áreas rurales, la distancia a los centros de salud, junto con la falta de transporte adecuado, puede dificultar la búsqueda de atención. Las preocupaciones sobre los costos asociados, como las tarifas de consulta o la pérdida de ingresos por tiempo de desplazamiento, también juegan un papel importante en la decisión de buscar o no atención médica (56).

Por otra parte, el acceso a servicios de salud se ve influenciado por la interacción entre las normas de género y los determinantes sociales. La educación, el ingreso y el contexto socioeconómico son factores que afectan no solo la capacidad de los hombres para acceder a servicios de salud, sino también su disposición a hacerlo. La falta de información sobre servicios

disponibles y la carencia de programas específicos que aborden las necesidades de salud masculina contribuyen a perpetuar el ciclo de desatención (57).

2.2. Antecedentes

A nivel internacional, Mbonye M et al (57) en Uganda 2022; tuvo como objetivo evaluar la influencia de la masculinidad en las conductas sexuales de riesgo de los hombres y afecta la utilización de los servicios relacionados con el VIH. estudio etnográfico de un año de duración (2019) centrado en hombres en relaciones con trabajadoras sexuales (TSF). Se recopilaron y analizaron datos de entrevistas en profundidad, discusiones de grupos focales y observación participante. Entre los primeros resultados, se centra en las masculinidades marginadas y el riesgo de VIH. En este tema, se muestra cómo los relatos de las trayectorias de vida de los hombres retratan un patrón notablemente similar de privación temprana de oportunidades y cómo esto moldeó la construcción de masculinidades riesgosas conduce a contraer infecciones de transmisión sexual.

De otro lado, Azmi R et al (58) Bangladés 2022; tuvo como propósito identificas las necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR) de los hombres. Se realizó una encuesta a 311 hombres y se realizaron 60 entrevistas en profundidad para comprender sus preocupaciones sobre SSR y la elección de proveedores para buscar tratamiento. Los hallazgos de la investigación revelan que las diversas preocupaciones de los hombres sobre SSR están integradas en preocupaciones psicosociales y culturales sobre su masculinidad y expectativas de sí mismos como seres sexuales, siendo las preocupaciones dominantes las preocupaciones sobre el desempeño, la pérdida de semen y la virilidad. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) también se mencionaron como preocupación, pero ocuparon un lugar mucho más bajo.

Beia T et al (59) en África subsahariana 2021; en su estudio se identifican conceptualizaciones dominantes sobre los hombres y su salud y cómo éstas han influido en el diseño de las intervenciones y servicios de salud de los hombres.

Revisión bibliográfica, se incluyeron 56 estudios en la revisión. se distinguen cuatro formas principales en las que se conceptualizó a los hombres en los programas e intervenciones: los hombres son representados de diversas maneras como 'guardianes'; hombres 'masculinos', hombres 'marginales' y como 'clientes'. Las intervenciones de salud, son predominantemente neutrales en cuanto al género o de asociación de género, y hay datos limitados disponibles sobre intervenciones transformadoras. Las características del diseño de los sistemas de salud, centradas principalmente en lograr el acceso y la utilización de los servicios por parte de las mujeres, pueden contribuir a esta última brecha, que conduce a un acceso y una participación deficientes de los hombres en los servicios de salud.

Dovel K et al (60) en África subsahariana 2020; cuyo trabajo busco analizar la organización de las instituciones de salud en Malawi y las implicaciones para el uso de los servicios de pruebas del VIH por parte de los hombres. Se realizó una etnografía con métodos mixtos, contando la frecuencia de los servicios preventivos recomendados por sexo. Se realizaron entrevistas en profundidad con 18 trabajadores de la salud y 11 informantes clave a nivel nacional (29 en total). Las instituciones de salud en Malawi estaban organizadas de manera que crearon barreras sustanciales y de múltiples niveles para las pruebas de VIH de los hombres y reforzaron las percepciones de hombres ausentes y difíciles. Las investigaciones futuras deberían priorizar un marco organizacional con perspectiva de género para comprender y abordar las complejas realidades del acceso limitado de los hombres a los servicios de VIH.

Azúa M et al (61) en Ecuador 2024; describió que la estrategia educativa implementada la Unión del cantón Jipijapa, tiene como objetivo prevenir el embarazo adolescente y promover la construcción de una masculinidad positiva. Gracias a un diagnóstico que combina métodos cuantitativos y cualitativos, se han identificado factores de riesgo, creencias y comportamientos predominantes en los adolescentes. Esta estrategia incluye la organización de talleres, conferencias y actividades participativas dirigidas

tanto a los jóvenes como a los padres y profesores. Se fomenta la reflexión sobre los roles de género y se brindan herramientas para tomar decisiones informadas y responsables en temas relacionados con la sexualidad. Los resultados positivos de la estrategia incluyen tasas más bajas de embarazo adolescente y una percepción más equitativa y respetuosa de las relaciones de género en la sociedad.

De otro lado Saez S & Bernales Men (62) en Chile 2024; cuyo como objetivo comprender la representación de la masculinidad en las políticas de salud pública en Chile. Se realizó un diseño metodológico cualitativo y revisión de literatura de programas y políticas en las áreas de salud sexual y reproductiva, salud mental, violencia y curso de vida, incluyendo análisis, y 10 entrevistas a trabajadores de la salud, actores clave y expertos. El análisis de contenido temático se realizó mediante el software NVivo. Los principales hallazgos confirman que los hombres están menos presentes que las mujeres en las políticas de salud pública y que la representación general de los hombres tiene perspectivas sociales y comportamentales que entendemos que la masculinidad es perjudicial para la salud. Los hallazgos exigen la inclusión de una visión integral de los hombres y las masculinidades, sus contextos sociales y su capacidad de cambio para abordar las vulnerabilidades y necesidades de salud específicas de los hombres en Chile.

De Keijzer B et al (1) en México 2020, tiene como objetivo describir los resultados de salud de los hombres basándose en un análisis de su relación con la masculinidad, que a su vez identificará las acciones necesarias para mejorar los resultados de salud de hombres, mujeres y niños. Los hallazgos se han actualizado y ampliado a partir del Informe Masculinidad y Salud en las Américas 2019 de la Organización Panamericana de la Salud. La salud de los hombres es diferente de la de las mujeres, no sólo por factores biológicos sino también por las estructuras y la desigualdad de género, así como por la intersección de determinantes sociales. Existen diferencias importantes en los patrones de mortalidad y morbilidad por sexo a lo largo de la vida, incluidas muertes en hombres por causas prevenibles como muertes por violencia,

tráfico y uso de alcohol y otras drogas (cayena, marihuana, anfetaminas, entre otras). Varias causas de muerte y enfermedad están vinculadas a la expresión de modelos de masculinidad hegemónica, lo que pone en riesgo la salud general de los hombres y sus familiares.

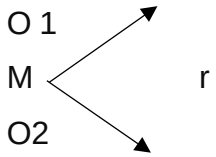
A nivel nacional y local, no se encontraron estudios similares en los últimos cinco años.

III. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. Tipo y diseño de investigación.

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo. No experimental, ya que no se manipularán las variables de estudio. La presente investigación, es de diseño analítica y correlacional, retrospectivo de corte transversal

Esquema:



Dónde:

M = Muestra.

O1= Masculinidad.

O2= Acceso a los servicios de salud sexual reproductiva.

3.1.1 Hipótesis y Variables.

Dado la naturaleza de la investigación se han establecido que La correlación entre la masculinidad y el acceso a los servicios de salud en salud sexual reproductiva del varón es positiva.

Variable 1: Masculinidad

Definición conceptual: Posiciones jerárquicas que ocupan los hombres en distintos campos y que permite la acumulación conjunta de distintos tipos capital: económico, cultural, social y simbólico. (37)

Definición operacional: Construcción social de masculinidad.

Variable 2: Acceso a salud sexual y reproductiva.

Definición conceptual: implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades. (62)

Definición operacional: Acceso a los servicios de salud reproductiva.

3.2. Población, muestra y muestreo.

La población de estudio estuvo conformada por 2593 varones, 18 a 49 años distribuidos en los caseríos del distrito de San Jacinto, según ENDES 2022. (63)

Muestra

La muestra estuvo conformada por 336 varones de 18 a 49 años de edad, distribuidos en los caseríos del distrito de San Jacinto, obtenidos de la calculadora en línea para muestras finitas, cuya formula es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

En esta fórmula:

n = tamaño de la muestra que se busca.

N = tamaño del universo a estudiar.

σ = desviación estándar de la población (0.5)

Z = valor que se obtiene a través de niveles de confianza.

(equivale a 1.96) e = es el límite de error muestral admisible.

Y su distribución espacial es como sigue:

CASERÍOS	MUESTRA
RICA PLAYA	35
LA CAPITANIA	22
OIDOR S/N	55
VAQUERIA S/N	74
HIGUERON S/N	67
CASA BLANQUEADA S/N	83
Total	336

Muestreo

Dada la naturaleza de la investigación se conformaron muestreos aleatorios simples

3.3. Criterios de inclusión y exclusión Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

- Varones en edades de 18 a 49 años.
- Varones que residen no menos de 01 mes en la zona de intervención del proyecto.

Criterios de exclusión

- Varones en edades extremas menor de 18 años y mayores de 49 años

3.4. Métodos técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la presente investigación fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario de masculinidades y acceso al servicio de salud (Anexo 1). El primero es un referente adaptado del estudio de realizado por la Asociación de Hombres por la Igualdad de Castilla La Mancha (AHIGE CLM), consta de 37 preguntas con las escalas de valoración de: Discrepo totalmente (1); Discrepo en parte (2); Ni discrepo ni de acuerdo (3); Muy de acuerdo (4) y Totalmente de acuerdo (5). Con los baremos: Masculinidad Negativa: 37 a 74; Masculinidad positiva: 75 a 185. De otro lado la encuesta de acceso a los servicios de salud que consto de 8 preguntas con respuesta dicotómica y de opción múltiple. Al ser un instrumento adaptado, se aplicó juicio de expertos para la validación del mismo, con tres obstetras de la microred de corrales (Anexo 3), en losprocesos de confiabilidad, se aplicó un piloto de 10 encuestas en el centro poblado de san isidro, obteniéndose un

alfa de Crombach de 0,79, siendo confiable la aplicación del instrumento (Anexo 4)

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Para la obtención de los datos de la presente investigación, se siguió un procedimiento sistemático y riguroso. En primer lugar, se realizaron visitas domiciliarias a las viviendas de los varones seleccionados según los criterios establecidos en el diseño muestral. Durante estas visitas, se brindó información detallada sobre los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados y los derechos de los participantes, procediéndose a la aplicación del consentimiento informado (Anexo 2) en un ambiente de respeto, privacidad y confidencialidad.

Cada encuesta fue codificada con un número único, a fin de resguardar la identidad de los participantes y facilitar la organización de la información. Posteriormente, las encuestas fueron lacradas en sobres individuales, clasificadas según las zonas de intervención correspondientes, y resguardadas para su posterior procesamiento estadístico.

Una vez completada la etapa de recolección, los datos fueron sometidos a un proceso de crítica, validación y codificación, con el propósito de detectar inconsistencias y asegurar la calidad de la información. La sistematización se realizó mediante una base de datos construida en el programa SPSS Statistics versión 23, lo que permitió la organización estructurada de las variables y su correspondiente análisis.

Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas de frecuencia y gráficos estadísticos, en concordancia con el tipo de escala de medición de cada variable.

Finalmente, se aplicaron técnicas de análisis multivariante, a fin de realizar una evaluación inferencial robusta que permitiera identificar asociaciones significativas y medir el efecto de la intervención implementada. Este procedimiento aseguró la integridad metodológica de la investigación, contribuyendo a la validez y confiabilidad de los resultados alcanzados.

3.6. Consideraciones Éticas

En relación a la naturaleza del proyecto se ha tenido en consideración la Resolución Ministerial N°233 – 2020, donde se aprueba las consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos como son: Validez científica y valor social de la investigación, proceso de consentimiento informado adecuado, respeto a las personas, participación y selección equitativa de los sujetos de investigación.

Los investigadores evaluaran los posibles riesgos asociados con la participación en el estudio, especialmente en relación con el bienestar emocional de los participantes. Al abordar temas como la salud sexual, pueden surgir experiencias o recuerdos dolorosos. Por ello, es esencial ofrecer apoyo psicológico o referencias a servicios de salud mental si se identifica que un participante presenta dificultades emocionales durante la investigación.

Los investigadores deberán ser conscientes de sus propias creencias y sesgos en relación con las masculinidades y la salud. La reflexividad es esencial para reconocer cómo estas perspectivas pueden influir en el proceso de investigación, desde la formulación de preguntas hasta la interpretación de datos. Fomentar un enfoque reflexivo ayudará a asegurar que la investigación sea ética y responsable.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Construcción social de masculinidad en varones en una zona rural, Tumbes 2024

Masculinidad	n	%
Masculinidad negativa	292	86.6
Masculinidad positiva	45	13.4
n=337 (100%)		

El análisis la construcción social de masculinidad indica que; la masculinidad negativa: representa el 86.6% de los casos 292 individuos. Esto indica que la mayoría de los participantes o casos analizados se clasificaron en esta categoría. En relación a la masculinidad positiva: esta, constituye el 13.4% de los casos 45 individuos, lo que muestra una minoría en esta categoría.

Tabla 2. Acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024.

¿Has recibido alguna atención de salud sexual reproductiva en los últimos 6 meses?	**n**	**%**
Si	55	16.3
No	282	83.7
¿Qué tipo de atención en salud sexual reproductiva, has recibido en los últimos 6 meses?	**n**	**%**
Prueba de descarte VIH	7	2.1
Entrega de condones	29	8.6
Consejería	11	3.3
Tratamiento ITS	2	0.6
Ninguno	288	85.5

n=337 (100%)

En los últimos seis meses, solo el 16.3% de las personas encuestadas 55 individuos reportaron haber recibido algún tipo de atención en salud sexual y reproductiva, mientras que el 83.7% 282 personas indicaron no haber accedido a estos servicios. Entre quienes sí accedieron a atención, los servicios más frecuentemente reportados fueron la entrega de condones, con un 8.6% 29 personas, y la consejería en salud sexual y reproductiva, con un 3.3% 11 personas. Sin embargo, servicios clave como las pruebas de descarte de VIH solo fueron utilizadas por el 2.1% 7 personas, mientras que el tratamiento de infecciones de transmisión sexual ITS fue recibido por apenas el 0.6% 2 personas. Es importante destacar que un 85.5% de los encuestados 288 personas afirmaron no haber recibido ningún servicio relacionado con su salud sexual y reproductiva durante este periodo.

Tabla 3. Relación entre la masculinidad y el acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

Masculinidad		¿Has recibido alguna atención de Salud sexual reproductiva en los Últimos 6 meses?			Chi-cuadrado de Pearson	
		Si	No	Total		
Masculinidad negativa	n	50	242	292		
	%	14.8%	71.8%	86.6%		
Masculinidad positiva	n	5	40	45	1,032a	0.310
	%	1.5%	11.9%	13.4%		
Total	n	55	282	337		
	%	16.3%	83.7%	100.0%		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,34.

En el grupo con masculinidad negativa, el 14.8% 50 personas reportaron haber recibido atención en salud sexual y reproductiva, mientras que el 71.8% 242 personas no accedieron a estos servicios. Por otro lado, dentro del grupo con masculinidad positiva, solo el 1.5% 5 personas recibieron atención, mientras que el 11.9% 40 personas no accedieron a estos servicios. El análisis mediante el Chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor de 1.032 con un nivel de significancia de 0.310. Esto indica que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de masculinidad y la recepción de atención en salud sexual y reproductiva en este estudio.

Tabla 4. Análisis de riesgo entre masculinidad y uso de métodos anticonceptivos de sus parejas en una zona rural, Tumbes 2024

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Masculinidad (Masculinidad negativa / Masculinidad positiva)	1.885	0.765	4.641
Para cohorte Su pareja usa método anticonceptivo = Si	1.079	0.947	1.229
Para cohorte Su pareja usa método anticonceptivo = No	0.572	0.264	1.240

La razón de ventajas para masculinidad negativa en comparación con masculinidad positiva fue de 1.885, lo que sugiere que las personas con masculinidad negativa podrían tener una mayor probabilidad de presentar la característica analizada en comparación con aquellas con masculinidad positiva. Sin embargo, el intervalo de confianza del 95% 0.765 - 4.641 incluye el valor 1, lo que indica que esta asociación no es estadísticamente significativa.

Por otro lado, al analizar las cohortes según el uso de métodos anticonceptivos por parte de la pareja, se encontró que quienes reportaron que su pareja utilizaba un método anticonceptivo mostraron una razón de ventajas de 1.079. Esto implica una ligera tendencia hacia una mayor probabilidad de la característica analizada, aunque el intervalo de confianza 0.947 - 1.229 también incluye el valor 1, lo que descarta una asociación estadísticamente significativa.

Finalmente, para las personas cuya pareja no utilizaba un método anticonceptivo, la razón de ventajas fue de 0.572, sugiriendo una tendencia hacia una menor probabilidad de presentar la característica. Sin embargo, el intervalo de confianza 0.264 - 1.240 incluye nuevamente el valor 1, indicando que esta relación tampoco es estadísticamente significativa.

V. DISCUSIÓN

En la Tabla 1, el análisis sobre la construcción social de la masculinidad indica que la masculinidad negativa representa el 86.6% de los casos (292 individuos). Este hallazgo evidencia que la mayoría de los participantes se identifican con un modelo de masculinidad tradicional, caracterizado por normas restrictivas que refuerzan la agresividad, la autosuficiencia, el dominio y el rechazo a comportamientos asociados a la vulnerabilidad o lo "femenino". Esta tendencia sugiere que las normas de género tradicionales siguen teniendo un fuerte impacto en la identidad masculina en el contexto rural de Tumbes. Lo señalado guarda coherencia con lo planteado por Dovel et al. (2020), quienes evidencian que en contextos rurales las construcciones hegemónicas de la masculinidad siguen predominando, limitando el desarrollo de conductas saludables en los hombres.

En contraste, la masculinidad positiva representa solo el 13.4% (45 individuos), lo cual indica una minoría que se adhiere a concepciones más flexibles de masculinidad, orientadas a la equidad de género, el autocuidado y la empatía. Este resultado coincide con lo expuesto por Azúa et al. (2021), quienes advierten que, pese al avance en políticas públicas que promueven modelos alternativos de masculinidad, estos siguen siendo percibidos como ajenos a las normas sociales dominantes, especialmente en sectores rurales, donde se refuerzan roles tradicionales desde el entorno familiar, educativo y comunitario.

El marcado desequilibrio en la distribución de tipos de masculinidad no solo refleja la persistencia de ideales tradicionales, sino también una resistencia estructural al cambio. Este fenómeno puede explicarse, en parte, por la falta de espacios institucionales que cuestionen las masculinidades tradicionales y ofrezcan alternativas formativas accesibles. Además, como plantea De Keijzer (2017), la socialización masculina se sustenta en patrones profundamente arraigados desde la infancia, reforzados por sistemas educativos, laborales y de salud que no visibilizan la diversidad de expresiones masculinas.

Este hallazgo tiene implicancias directas para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. En la Tabla 2, se observa que solo el 16.3% de los hombres encuestados (55 personas) reportaron haber accedido a algún servicio relacionado en los últimos seis meses, mientras que el 83.7% (282 personas) no lo hicieron. Los servicios más frecuentes fueron la entrega de condones (8.6%) y la consejería en salud sexual y reproductiva (3.3%), mientras que servicios esenciales como las pruebas de VIH (2.1%) o el tratamiento de ITS (0.6%) fueron significativamente menores. Además, el 85.5% afirmó no haber recibido ningún servicio en este período.

Al desagregar por tipo de masculinidad, en el grupo con masculinidad negativa, el 14.8% (50 personas) accedieron a servicios, mientras que el 71.8% (242 personas) no lo hicieron. En el grupo con masculinidad positiva, solo el 1.5% (5 personas) accedieron, mientras que el 11.9% (40 personas) no lo hicieron. El análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor de 1.032 con un nivel de significancia de 0.310, indicando que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de masculinidad y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Este hallazgo es consistente con lo informado por De Keijzer (2017), quien afirma que la masculinidad por sí sola no constituye un determinante suficiente del comportamiento de salud; más bien, actúa en interacción con factores estructurales como la educación, el nivel socioeconómico, el acceso geográfico y la calidad percibida de los servicios. De ahí que, aunque la masculinidad negativa parece tener una correlación con menor acceso, esta no es estadísticamente concluyente, lo cual refuerza la necesidad de considerar un enfoque más amplio e integrador.

En la Tabla 4, se muestra que la razón de ventajas (OR) para la masculinidad negativa en comparación con la positiva fue de 1.885, lo que sugiere una mayor probabilidad de presentar la característica analizada en individuos con masculinidad negativa. No obstante, el intervalo de confianza del 95% (0.765 - 4.641) incluye el valor 1, por lo que la asociación no es significativa. De igual forma, al analizar el uso de métodos anticonceptivos por parte de la pareja, se identificó

una OR de 1.079, con un intervalo de confianza (0.947 - 1.229), y para quienes no reportaron uso, una OR de 0.572 (IC 0.264 - 1.240), lo que nuevamente evidencia tendencias, pero sin significancia estadística.

Estos resultados, en conjunto, respaldan lo señalado por Dovel et al. (2020), Azúa et al. (2021) y De Keijzer (2017): la masculinidad negativa representa un obstáculo cultural importante, pero no actúa de manera aislada. El acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva está mediado por un entramado complejo de factores sociales, económicos, geográficos y culturales, que deben ser abordados de forma integral.

Los resultados obtenidos permiten concluir que, si bien la masculinidad negativa predomina y podría estar influyendo en el bajo acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, no se evidencian asociaciones estadísticas concluyentes. Esto implica que las intervenciones públicas no deben centrarse únicamente en modificar la concepción de masculinidad, sino que deben abordar determinantes múltiples: mejorar la oferta de servicios, eliminar barreras de acceso, incorporar enfoques interculturales y promover entornos seguros para el ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva de los hombres.

Este estudio aporta evidencia valiosa para el diseño de estrategias de intervención sensibles al género, pero también abre nuevas preguntas que requieren ser exploradas mediante investigaciones complementarias, incluyendo variables como escolaridad, ocupación, nivel de información, y experiencias previas con el sistema de salud.

VI. CONCLUSIONES

Los resultados evidencian la presencia predominante de un modelo de masculinidad tradicional, la masculinidad negativa: representa el 86.6%; probablemente influenciado por normas sociales y culturales propias del entorno rural.

1. Solo el 16.3% de los hombres accedieron a servicios de salud sexual y reproductiva en los últimos seis meses, principalmente para recibir condones y consejería, mientras que intervenciones como pruebas de VIH y tratamiento de ITS fueron escasamente solicitadas.

2. Si bien se identificó variabilidad en el acceso a servicios según el tipo de masculinidad, no se halló una relación estadísticamente concluyente entre ambas variables, lo que sugiere la intervención de otros factores contextuales.

3. No se encontraron asociaciones significativas entre tipo de masculinidad, uso de métodos anticonceptivos por parte de la pareja y la característica analizada; aunque se observan tendencias, los intervalos de confianza cruzan el valor nulo, indicando ausencia de significancia estadística.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que los gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, el sector salud y el sector educativo implementen programas de sensibilización dirigidos a varones, especialmente en zonas rurales, con el objetivo de promover una visión más inclusiva, crítica y flexible de la masculinidad.

2. Los programas de salud promovidos por DIRESA Tumbes deben incorporar estrategias para desmontar mitos y estigmas en torno a la salud sexual y reproductiva masculina, fomentando una mayor conciencia sobre la importancia del autocuidado y facilitando la superación de barreras socioculturales.

3. Para mejorar el acceso de los hombres a los servicios de salud sexual y reproductiva, se sugiere diseñar e implementar campañas educativas que impulsen modelos de masculinidad positiva, respetuosos de los derechos sexuales y reproductivos.

4. Se recomienda desarrollar investigaciones complementarias que profundicen en otras variables asociadas a la característica analizada. Factores contextuales, sociales o psicológicos podrían estar influyendo más allá del tipo de masculinidad o el uso de métodos anticonceptivos por parte de la pareja.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Keijzer B, Cuellar A, Valenzuela A, Hommes C, Caffe S, Mendoza F, Cayetano C, Vega E. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas [Masculinities and men's health in the Region of the AmericasMasculinidades e saúde dos homens na Região das Américas]. Rev Panam Salud Publica. 2022 Jul 20;46:e93. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2022.93. Erratum in: Rev Panam Salud Publica. 2022 Sep 26;46:e151. PMID: 35875316; PMCID: PMC9299397.
2. Gran M. La salud sexual y reproductiva. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 18 Mar 2013];32(1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864- 46620060001000001&lng=es
3. Pantelides E, Gaudio M, Manzelli H. Qué harían los hombres frente a problemas de salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: Reconquista y Rosario; 2005.
4. Coleman D. Male fertility trends in industrial countries: Theories in search of some evidence. Zacatecas: IUSSP; 1995.
5. Collumbien M, Hawkes S. Culture Health Sexuality. Culture, Health Sex. 2000;2(2):135-50.
6. Varones: entre lo público y la intimidad. IV Encuentro de Estudios de Masculinidades. Chile: Facultades Latinoamericanas de Comunicación Social FLACSO; 2004.de Keijzer B. La masculinidad como factor de riesgo. Zacatecas: IUSSP; 1995.
7. Mundigo AI. Re-conceptualizing the role of men in the post-Cairo era. Culture, Health Sex. 2000;2(3):323-37.
8. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el Acceso a la atención de salud en Chile. Rev Med Chile. 2003;131(6):669–678. [PubMed] [Google Scholar]Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev Med Chile. 2003;131(6):669-78. [PubMed]
9. Krieger N. Gender, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? Int J Epidemiol. 2003;32(4):652–657. [PubMed] [Google Scholar]Krieger N. Gender, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? Int J Epidemiol. 2003;32(4):652-7.
10. Organización Panamericana de la Salud . Washington D.C.: OPS; 2021. [Acceso en abril del 2021]. Construir la salud a lo largo del curso de vida: conceptos,implicaciones y aplicación en la salud pública. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368. [Google Scholar]Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida: conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington D.C.: OPS; 2021.

Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368 Acceso en abril del 2021.

11. Noriega GN. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo; 2017. Abriendo brecha: 25 años de estudios de género de los hombres y las masculinidades en México (1990-2014) [Google Scholar]Noriega GN. Abriendo brecha: 25 años de estudios de género de los hombres y las masculinidades en México (1990-2014). Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo; 2017.
12. Olavarría J. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2017. Sobre hombres y masculinidades: ponerse los pantalones. [Google Scholar]Olavarría J. Sobre hombres y masculinidades: ponerse los pantalones. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2017.
13. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. Gend Soc. 2005;19(6):829–859. [Google Scholar]Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. Gend Soc. 2005;19(6):829-59.
14. Ragonese C, Shand T, Barker G. Washington D.C.: Promundo-US; 2018. Masculine norms and men's health: making the connections: executive summary. [Google Scholar]Ragonese C, Shand T, Barker G. Masculine norms and men's health: making the connections: executive summary. Washington D.C.: Promundo- US; 2018.
15. Heilman B, Barker G, Harrison A. Washington, D.C. y Londres: Promundo- US y Unilever; 2017. La Caja de la masculinidad, un estudio de lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el reino Unido y México. [Google Scholar]Heilman B, Barker G, Harrison A. La Caja de la masculinidad, un estudio de lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el reino Unido y México. Washington, D.C. y Londres: Promundo-US y Unilever; 2017.
16. Figueroa JG. Algunas reflexiones sobre la interpretación social de la participación masculina en los procesos de la Salud Reproductiva. Zacatecas: IUSSP; 1995.
17. de Schutter. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. Rev Panam Salud Pública. 2000;7(6):418-24.
18. Álvarez L, León Díaz ME, de Armas T, Calero JL. Percepción y comportamientos de la sexualidad y reproducción según los hombres. La Habana: Publicaciones Azucareras; 2004.
19. Geldstein RN, Pantelides EA. Riesgo reproductivo en la adolescencia.Desigualdad social y asimetría de género. Cuadernos de UNICEF N° 8. Buenos Aires: UNICEF; 2000,
20. Drennan M. Salud reproductiva: nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres. Series J Pop Rep. 1998 febrero:46.
21. Badinter E. Hombres/ Mujeres. Cómo salir del camino equivocado. F:C:E. México,

2003

22. Mead M. The making and unmaking of an anthropological myth. Harvard University Press. 1983
23. Gunter G. En: Badinter E. La identidad masculina. Madrid: Alianza Editorial, 1992
24. Havelok E. En: Badinter E. Hombres/Mujeres: Como salir del hombre equivocado. Mexico: Fondo de Cultura Económica 2003. 1987
25. Weeks J. |Cuestiones de identidad. Routledge. Londres, 1987
26. Freud S. Recuerdos de Infancia de Leonardo Da Vinci. Gallimard. Paris, 1910.
27. Kimmel M. The gendered society reader. Oxford University Press. New York. 2000.
28. Connell R. Masculinidades. University of California Press. 1995
29. Seidler H. Masculinidad y teoría social. Routledge. Londres, 1994.
30. Faur E. Masculinidades y desarrollo social. Arango editores. Colombia, 2004.
31. Araya S. "Cambian los discursos: ¿Cambian las prácticas?" Revista La Ventana, Vol. II, Núm. 14:159-201, diciembre 2011, Universidad de Guadalajara.
32. Ariza M y Orlandina O. Universo familiar y procesos demográficos" en Ariza Marina y Orlandina de Oliveira, Imágenes de la Familia en el Cambio de Siglo, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México 2011
33. Beck, U. "La reinvención de la política hacia una teoría de la modernización reflexiva" en Beck, Ulrich Beck, U., Giddens A. y Lash, S. Modernización Reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno, Alianza Editorial, Madrid 2017.
34. Cruz S. "La intimidad en hombres mexicanos" ponencia presentada en el Coloquio Pleasure and Danger. Revisited Sexualities in the 21st Century, Cardiff University, London, 30 th June-2nd July.
35. Krieger N. Genders, sexes, and health: What are the connections-and why does it matter? International Journal of Epidemiology. 2003;32(4):652-657.
36. Popay J, Williams G. Equalizing the people's health: a sociological perspective. En: Gabe EJ, Calnan M, (ed.). The new sociology of the health service. London: Routledge; 2009. p. 222-244.
37. Lock M, Freeman J, Chilibeck G, Beveridge B, Padolsky M. Susceptibility genes and the question of embodied identity. Medical Anthropology Quarterly. 2007;21(3):256-276.
38. Backhans M, Burström B (dir). Gender policy and gender equality in a public health perspective: Investigating morbidity and mortality in Sweden and 22 OECD countries [Tesis de Doctorado]. Estocolmo: Karolinska Institute; 2011[citado 28 mar 2019]. Disponible en: Disponible en: http://hdl.handle.net/10616/40644
39. Riska E. Women's health: issues and prospects. Scandinavian Journal of Public

Health. 2000;28:84-87.
40. Ruiz C, Vives C, Artazcoz L, Delgado A, García M, Miqueo C, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. Journal of Epidemiology & Community Health. 2007;61(2):46-53.
41. Read JG, Gorman BK. Gender and health inequality. Annual Review of Sociology. 2010;36:371-386.
42. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. Journal of Health & Social Behavior. 1985;26(3):156-182.
43. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Morbidity and Mortality Weekly Reports from 1994 [Internet]. 1994 [citado 28 mar 2019]. Disponible en: Disponible en: https://tinyurl.com/uewalg3
44. Connell RW. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. Social Science & Medicine. 2012;74:1675-1683.
45. Braveman P. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. Annual Review of Public Health. 2006;27:167-194.
46. Hammarström A, Härenstam A, Östlin P. Gender and health: concepts and explanatory models. En: Piroska Ö, Danielson M, Finn D, Härenstem A, Lindberg G, (ed.). Gender inequalities in health: A Swedish perspective. Cambridge, MA: Harvard Centre for Population and Development Studies; 2001.
47. Ruiz M, Verbrugge L. A two way view of gender bias in medicine. Journal of Epidemiology and Community Health. 1997;51(2):106-9.
48. GBD 2017 Mortality Collaborators. Global, regional, and national age-sex- specific mortality and life expectancy, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018;392:1684-1735.
49. Bird CE, Rieker PP. Gender and health: The effects of constrained choices and social policies. New York: Cambridge University Press; 2008.
50. Phillips SP. Including gender in public health research. Public Health Reports. 2011;126(3):16-21.

51. European Commission. The State of Men's Health in Europe [Internet]. 2011 [citado 28 mar 2019]. Disponible en: Disponible en: https://tinyurl.com/qooz5tw
52. World Health Organization. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage [Internet]. 2016 [citado 28 mar 2019]. Disponible en: Disponible en: https://tinyurl.com/w4meey7
53. Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. Journal of Health & Social Behavior. 1989;30:282-304.
54. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how can change it. [Internet]. 2007 [citado 28 mar 2019]. Disponible en: Disponible en: https://tinyurl.com/yx8kzzn2
55. Mbonye M, Siu G, Seeley J. Marginal men, respectable masculinity and access to HIV services through intimate relationships with female sex workers in Kampala, Uganda. Soc Sci Med. 2022 Mar;296:114742. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.114742. Epub 2022 Jan 24. PMID: 35121368.
56. Azmi R, Mahmud I, Islam KF, Hasan MT, Rashid SF. Married men's sexual and reproductive health concerns and related health-seeking behavior in Bangladesh: A mixed methods study. J Health Popul Nutr. 2022 Aug 30;41(1):39. doi: 10.1186/s41043-022-00313-x. PMID: 36042467; PMCID: PMC9426265.
57. Beia T, Kielmann K, Diaconu K. Changing men or changing health systems? A scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa. Int J Equity Health. 2021 Mar 31;20(1):87. doi: 10.1186/s12939-021-01428-z. PMID: 33789688; PMCID: PMC8011198.
58. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. J Int AIDS Soc. 2020 Jun;23 Suppl 2(Suppl 2):e25517. doi: 10.1002/jia2.25517. PMID: 32589346; PMCID: PMC7319160.
59. Azúa J, Cedeño R, Macias S, Bravo S. Estrategia educativa para la prevención de embarazo adolescente y la construcción de masculinidades positivas. MQRInvestigar [Internet]. 21 de febrero de 2024 [citado 1 de abril de 2024];8(1):2802- 13.Disponible en: https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/1026
60. Saez S, Bernales M. Representaciones de masculinidades en las políticas públicas de salud en Chile. Global Health Promotion. 2024;0(0). doi:10.1177/17579759241230061
61. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022. Disponible en : https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru- encuesta

IX. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de masculinidades

Ahora se habla mucho de lo que significa ser hombre. Queremos conocer a través de tu opinión qué aspectos caracterizan a un hombre en sus relaciones personales, sociales, afectivas y sexuales (valores, intereses, prioridades, actitudes,).	Discrepo totalmente	Discrepo en parte	Ni discrepo ni de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Apoyo las demandas de igualdad de los colectivos homosexuales y transexuales.					
Reconozco que desatiendo mis emociones e incluso mi propia salud para no preocupar a los demás					
No entiendo que "piropear" o halagar el físico de una mujer se considere ofensivo o sexista					
Veo lógico que la historia, la literatura o la ciencia resalten a los varones como protagonistas					
Entiendo que en momentos de tristeza, estrés o inseguridad sea más fácil mostrarse enojado y violento antes que dialogante					
Me molesta que una mujer busque un papel dominante a nivel familiar, laboral,					
En realidad, me halaga que mi pareja pueda estar celosa					
No me importa si mi pareja gana más dinero que yo					
Creo que un hombre maltratador sípuede ser un buen padre, son cosas distintas					
Suelo desinhibir mi cuerpo, me gusta mostrarlo y expresarme con él					
No me importaría que mis hijos llevaran en primer lugar el apellido de su madre					
Prefiero que sea la mujer quien se responsabilice de la casa y del cuidado de hijos e hijas.					
Veo ridículo que mujeres que se comportan o visten provocando se quejen si se les hace o dice algo					
Me implico en la atención del hogar y de mi familia tanto o más que una mujer					
Me daría igual que pensaran que soy homosexual.					
Tiendo a mostrar más empatía y afecto fuera de casa que con mi pareja o familia					
Es lógico que quiera saber todo de mi pareja cuando no estamos juntos					
El uso de anticonceptivos es ante todo responsabilidad de la mujer					
Los varones tenemos por naturaleza más deseo sexual que las mujeres					
El feminismo es igual que el machismo, pero al revés; las mujeres piden "igualdad" para favorecerse					
Me cansa que se cuestione la igualdad que ya existe entre hombres y mujeres					
Las parejas homosexuales y transexuales no pueden tener los mismos derechos que las parejas heterosexuales					
Gobierno, empresas y administraciones deben contribuir más a la igualdad entre mujeres y hombres en la sociedad					
Una mujer debe ganar lo mismo que un hombre a igual empleo					

Las mujeres son las primeras machistas, prefieren a hombres viriles y machistas como pareja					
El feminismo acusa injustamente a los hombres de los problemas de las mujeres, divide a la sociedad y a la familia					
Muchos hombres también reciben violencia de sus mujeres y nadie lo condena					
La mujer no puede decidir sobre el nacimiento o la crianza de sus hijos/as a espaldas del padre					
Es mejor que un padre trasmita autoridad, autonomía y autocontrol y la madre cariño, paciencia, sinceridad o confianza					
Un padre siempre tiende a ser más protector con una hija que con un hijo varón					
Amenazar, insultar o incluso zarandear a la pareja no significa que no se le quiera					
En una pareja al final le toca al hombre tomar las decisiones y soluciones verdaderamente importantes					
Cuando el empleo escasea los hombres deberían tener más derecho a un trabajo que las mujeres					
No se avanza nada enseñando a los hombres a hacer las tareas domésticas o a no abusar					
En caso de separación o divorcio las mujeres tienen las de ganar					
El esfuerzo de los varones para garantizar el bienestar de su familia se compensa con mayores privilegios en el hogar					
Las mujeres que deciden trabajar no deberían quejarse de que haya puestos específicos para hombres, a distinto sexo, distintas tareas					

Baremos

Masculinidad Negativa: 37 a 74

Masculinidad positiva: 75 a 185

Cuestionario de acceso a los servicios de salud.

Edad _____

Ocupación

Obrero ☐ Campesino ☐

Estudiante ☐ Independiente ☐

Dependiente ☐

Estado civil

Casado ☐ Soltero ☐

Su pareja usa método anticonceptivo

Si ☐ No ☐

¿Tipo de atención de salud que uso en los últimos 6 meses?

Consulta ☐ emergencia ☐ Hospitalización ☐

Inmunización ☐ Odontología ☐ Planificación familiar ☐

Ninguno ☐

¿Considera que es necesario acudir al servicio de planificación familiar?

Si ☐ No ☐

¿Has recibido alguna atención de salud sexual reproductiva en los últimos 6 meses?

Si ☐ No ☐

¿Qué tipo de atención en salud sexual reproductiva, has recibido en los últimos 6 meses?

Prueba descarte VIH ☐ Entrega de condones ☐ Consejería ☐

Tratamiento ITS ☐ Ninguno ☐

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr……, de……. años de edad, manifiesta que he sido informado/a sobre la finalidad del cuestionario cuyo contenido busca cubrir los objetivos del proyecto titulado: “Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024”. Declaro que he sido informado/a de los procedimientos que se llevará a cabo durante la encuesta. He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y confidenciales. Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a participar.

……

Firma del Participante

DNI:

Anexo 3.

Validez del instrumento

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Titulo del proyecto: Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

CUESTIONARIO A LOS SERVICIOS DE SALUD:

PREGUNTAS	VALIDACION										OBSERVACIONES
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		Indicar si se debe modificar algún item
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso sea negativa su respuesta sugiera los ítems a considerar	✓		

VALIDEZ			
APLICABLE	✓	NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES			

VALIDADO POR: Niño Vilchez Gloria Del Pilar.	FECHA: 05-04-24
ESPECIALIDAD: Obstetra.	E. MAIL: gloriadelPilar_27@hotmail.com.

Gloria del Pilar Niño Vilchez
Obstetra
FIRMA Y SELLO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Título del proyecto: Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

CUESTIONARIO A LOS SERVICIOS DE SALUD:

PREGUNTAS	VALIDACION										OBSERVACIONES
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		Indicar si se debe modificar algún ítem
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso sea negativa su respuesta sugiera los ítems a considerar	✓		

VALIDEZ			
APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES			
VALIDADO POR: Jorge Luis Valencia Yarlequé		FECHA: 05/04/24	
ESPECIALIDAD: Obstetra		E. MAIL:	

Jorge Luis Valencia Yarlequé
COP. 35296
FIRMA Y SELLO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Título del proyecto: Masculinidades y acceso a los servicios primarios de salud sexual reproductiva en varones en una zona rural, Tumbes 2024

CUESTIONARIO A LOS SERVICIOS DE SALUD:

PREGUNTAS	VALIDACION										OBSERVACIONES
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		Indicar si se debe modificar algún ítem
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso sea negativa su respuesta sugiera los ítems a considerar	✓		

VALIDEZ			
APLICABLE	✓	NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES			

VALIDADO POR: Yasmin Iturregui Mena. FECHA: 05/04/2024

ESPECIALIDAD: Obstetra E-MAIL:

Yasmin Iturregui Mena
OBSTETRA
FIRMA Y SELLO

Anexo 4.

Análisis de fiabilidad

Para el análisis de fiabilidad se aplicó un piloto de 10 unidades muestrales en una comunidad de características similares al lugar de estudio.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,799	,808	37

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Correlaciones entre elementos	,102	-,895	,930	1,825	-1,039	,118	37

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
91,7778	320,944	17,91492	37

Del análisis se obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.79, siendo el instrumento fiable para su aplicación.

Anexo 5.
Operacionalización de variables

Variable 1	**Definición conceptual**	**Definición operacional**		**Dimensiones**	**Indicadores**	**Tipo de variable**	**Escala de valoración**
Masculinidad	Posiciones jerárquicas que ocupan los hombres en distintos campos y que permite la acumulación conjunta de distintos tipos capital: económico, cultural, social y simbólico (37)	Construcción n social de masculinidad		Condición social cultural	Relacionado a su rol	nominal	Positiva/Negativa
					Construcción social	nominal	
Variable 2	**Definición conceptual**	**Definición operacional**		**Dimensiones**	**Indicadores**	**Tipo de variable**	**Escala de valoración**
Acceso a salud sexual y reproductiva	implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades (62)	Acceso a los servicios de salud reproductiva		Acceso a los servicios de salud	Servicios primarios	nominal	Accede/ no accede
					Servicios en SSR	nominal	

Anexo 6.

Evidencias de la aplicación del instrumento