

## Artículos científicos

## Necesidades insatisfechas de planificación familiar y factores relacionados en hombres de cinco países de Latinoamérica

[Unmet needs for family planning and related factors among men in five Latin American countries]

Fermina Chamorro<sup>1</sup>, Selvis Stocel<sup>2</sup>, Ruth G De León<sup>1</sup><sup>1</sup>Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Panamá, Rep. de Panamá; <sup>2</sup>Instituto Nacional de Estadística y Censo, Panamá, Rep. de Panamá.**Palabras Claves**

igualdad de género, planificación familiar, hombres, métodos modernos, derechos sexuales y reproductivos.

**Keywords:**

gender equality, family planning, men, modern methods, sexual and reproductive rights.

**Correspondencia**

Fermina Chamorro

**Correo electrónico**

fchamorro@gorgas.gob.pa

**Recibido**

14 de diciembre de 2021

**Aceptado**

29 de marzo de 2022

**Publicado**

16 de marzo de 2022

**Aspectos bioéticos**

Los autores declaran no existir conflicto de interés asociado a este manuscrito y la obtención de consentimiento informado de los pacientes. La obtención de datos secundarios fue avalado por comités de ética de Colombia, Guatemala, Haití, Honduras y Panamá.

**Financiamiento**

Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para este trabajo.

**Uso y reproducción**

Publicación de libre uso individual, no comercial. Prohibida la distribución para otros usos sin el consentimiento del editorial.

**Resumen**

**Objetivos:** Estimar la necesidad insatisfecha de planificación familiar con métodos modernos identificando factores relacionados en hombres de Colombia, Guatemala, Haití, Honduras y Panamá. **Métodos:** Este estudio transversal utilizó datos de encuestas representativas a nivel nacional en Colombia, Guatemala, Haití, Honduras y Panamá para analizar entrevistados casados/unidos de 15-59 años con necesidades de planificación familiar. La relación de factores con la necesidad insatisfecha se probó mediante regresión logística multivariable. **Resultados:** La necesidad insatisfecha era mayor en Haití (46.5%), seguido por Panamá (43.0%), Guatemala (36.8%), Honduras (21.3%) y Colombia (12.4%). Las oportunidades relativas ajustadas de necesidad insatisfecha aumentaron con la edad en todos los países; eran mayores en pertenecientes a pueblos indígenas de Colombia, Guatemala, Honduras y Panamá; en quienes vivían en hogares con menor bienestar en Guatemala, Honduras y Panamá; y en quienes informaron uniones formales en Guatemala y Honduras. Las oportunidades de necesidad insatisfecha disminuyeron con mayor escolaridad en Haití; con mayor conocimiento de métodos modernos en Guatemala y Honduras; si discutieron sobre planificación familiar con algún profesional/trabajador de salud en Haití y Panamá; y si recibieron información sobre planificación familiar en medios de comunicación en Colombia. **Conclusiones:** Existen factores demográficos, socioeconómicos, de acceso a información y comportamiento relacionados con la necesidad insatisfecha. Incluir a los hombres en los programas de planificación familiar y en el desarrollo de intervenciones culturalmente aceptadas contribuiría a acelerar el logro del ejercicio responsable y voluntario del derecho a decidir si reproducirse, cuándo y con qué frecuencia.

**Abstract**

**Objectives:** To estimate unmet need for family planning with modern methods, identifying related factors, in men from Colombia, Guatemala, Haiti, Honduras, and Panama. **Methods:** This cross-sectional study used data from nationally representative surveys in Colombia, Guatemala, Haiti, Honduras, and Panama to analyze 15-59 years old married or cohabiting men in need of family planning. The relationship of factors with unmet need was tested using multivariate logistic regression. **Results:** The unsatisfied need was higher in Haiti (46.5%), followed by Panama (43.0%), Guatemala (36.8%), Honduras (21.3%), and Colombia (12.4%). The adjusted odds ratio for unmet need increased with age in all countries and were greater in men from indigenous people of Colombia, Guatemala, Honduras, and Panama; in those who were living in households with less well-being in Guatemala, Honduras, and Panama; and in those who reported formal cohabiting in Guatemala and Honduras. The adjusted odds ratio for unsatisfied need diminished with increasing education in Haiti; with greater knowledge of modern methods in Guatemala and Honduras; if they discussed family planning with a health professional or worker in Haiti and Panama; and if they received information on family planning in the media in Colombia. **Conclusions:** There are demographic, socioeconomic, access to information, and behavioral factors related to unsatisfied need. Including men in family planning programs and in the development of culturally accepted interventions would help accelerate the achievement of the responsible and voluntary exercise of the right to decide whether, when, and how often to reproduce.

## INTRODUCCIÓN

Los derechos a la salud sexual y reproductiva están contemplados en la Declaración Universal de Derechos Humanos [1].

La salud reproductiva implica el derecho a decidir si reproducirse, cuándo y con qué frecuencia [2]. La igualdad de derechos entre hombres y mujeres incluye la responsabilidad compartida en la planificación de la reproducción [3]. Aunque los patrones de consumo mundial indiquen que los hombres están involucrados en la planificación familiar (PF) [4], la prevención de embarazos aún recae principalmente en la mujer [5] y la mayoría de los programas de PF consideran a los hombres como apoyo a las parejas, no como usuarios [6].

Los métodos anticonceptivos modernos (MAM) disponibles para hombres son menores que para mujeres, y estos métodos generalmente no son considerados en la consulta médica [7].

La PF y el análisis de las necesidades satisfechas con MAM, está enfocada en la mujer porque es quien tiene los hijos; por su importancia en la prevención de embarazos no deseados y con ello abortos inducidos [8] e inseguros; para prevenir embarazos poco espaciados con mayor riesgo de resultados obstétricos desfavorables [9], y por la persistente discriminación a la mujer [10].

La conservación de este enfoque podría contribuir a mantener normas de género que consideran la PF como responsabilidad solo de la mujer [5,11].

En Latinoamérica, algunos países [12,13] han incluido a los hombres de forma explícita en las normas de los programas de PF como usuarios.

El concepto de necesidades insatisfechas de planificación familiar (NIPF) en hombres fue introducido a fines del pasado siglo [14], utilizándose en esposos y parejas [15]. Estudios previos [16,17] sobre necesidades de planificación familiar (NPF) en hombres muestran su variación según edad, etnia, urbanización, situación de empleo o estudio, tipo de unión, paridad, riesgo alto de infecciones transmitidas sexualmente y edad de la pareja. No se conocen estudios que identifiquen NIPF de hombres en países de Latinoamérica.

Este estudio tiene por objetivos:

1. Estimar el porcentaje de NIPF con MAM entre hombres de 15-59 años casados/unidos con NPF en Colombia, Guatemala, Haití, Honduras y Panamá,
2. Identificar factores relacionados con esta NIPF.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Datos**

Se analizaron datos con representatividad nacional de encuestas de Demografía y Salud (DHS del inglés Demographic and Health Survey) realizadas en Latinoamérica: Colombia 2015, Guatemala 2014-2015, Haití 2016-2017, Honduras 2011-2012 [18-22], y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER) Panamá 2014-2015 [23] realizada con cuestionarios de la DHS. Se seleccionaron estos países porque: a) incluyeron el cuestionario de hombres, b) indagaron sus preferencias de fecundidad, c) el uso de anticonceptivos, y d) tenían los datos más recientes de la última década. Se incluyeron en el análisis hombres de 15-59 años, casados/unidos, activos sexuales (tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses); cuya última pareja sexual era esposa/conviviente, menor de 50 años, fértil, no embarazada o que no sabía si estaba embarazada; y con NPF porque no deseaban tener (uno/más) hijos, estaban indecisos si tener más, o indecisos cuando tenerlos. Se excluyeron los individuos que no cumplían con estos criterios y con valores perdidos en variables de interés (Figura 1).

**Variable dependiente**

NIPF con MAM: Porcentaje de hombres en edad reproductiva (15-59 años) que no tienen su NPF satisfecha con MAM. El numerador es la NPF no satisfecha con MAM. El denominador es la NPF total, esto es, la suma de la NPF satisfecha con MAM y la NPF no satisfecha con MAM (incluye a los que no usan métodos y a los que usan métodos tradicionales) [24]. Los MAM incluyen la esterilización masculina, esterilización femenina, dispositivo intrauterino, inyecciones, implantes, pastillas, condón masculino, condón femenino, diafragma, espuma/jalea, amenorrea y lactancia exclusiva, anticoncepción de emergencia, parche, método de 18 días estándar, inyectables 3 meses, y anillo vaginal [24].

**Variables independientes, clasificadas en cuatro factores**

**Demográficos:** a) edad (años cumplidos).

**Socioeconómicos:** a) etnia por autoidentificación; b) escolaridad (años completados); c) bienestar del hogar, según el índice de DHS [25] basado en características de la vivienda (piso, techo, paredes), agua, saneamiento y posesión de bienes de los miembros del hogar; d) área de residencia; e) tipo de unión.

**Acceso a información:** a) promedio de MAM conocidos; b) discutió sobre PF con un profesional/trabajador de salud recientemente; c) exposición a mensajes de PF en algún medio (radio, televisión, periódicos/revistas) recientemente.

**Percepción de derechos dentro de las relaciones de pareja:** a) actitudes ante la violencia contra la mujer, si

justifica que un hombre golpee a su esposa en al menos una de cinco situaciones (sale de casa sin decirle, descuida los hijos, discute con él, rehúsa tener relaciones sexuales, quema la comida); b) actitudes anticonceptivas, si concuerda con la afirmación “la anticoncepción es un asunto de mujeres”.

**Comportamiento:** a) conducta sexual de riesgo (tres o más parejas sexuales en los últimos 12 meses, o pareja fue conocida casual/trabajadora sexual/otra persona).

**Análisis estadístico**

Se utilizó el módulo de muestras complejas del programa SPSS versión 24. Los valores se ponderaron mediante factores de expansión calculados y reportados en informes finales DHS y ENASSER [18-23]. En el análisis univariable las variables cualitativas se resumieron mediante porcentajes y las cuantitativas mediante promedio y error estándar (EE). En el análisis bivariable se utilizó la prueba F de Wald para indagar la relación de cada variable con la NIPF. En el análisis multivariable la relación se probó mediante regresión logística binaria con oportunidades relativas ajustadas e intervalos de confianza de 95%, incluyendo variables con coeficientes de correlación < 0,500 y valores p < 0,25 en el análisis bivariable. Los modelos de regresión logística multivariable tenían porcentajes correctos pronosticados de 64,7% a 87,6%.

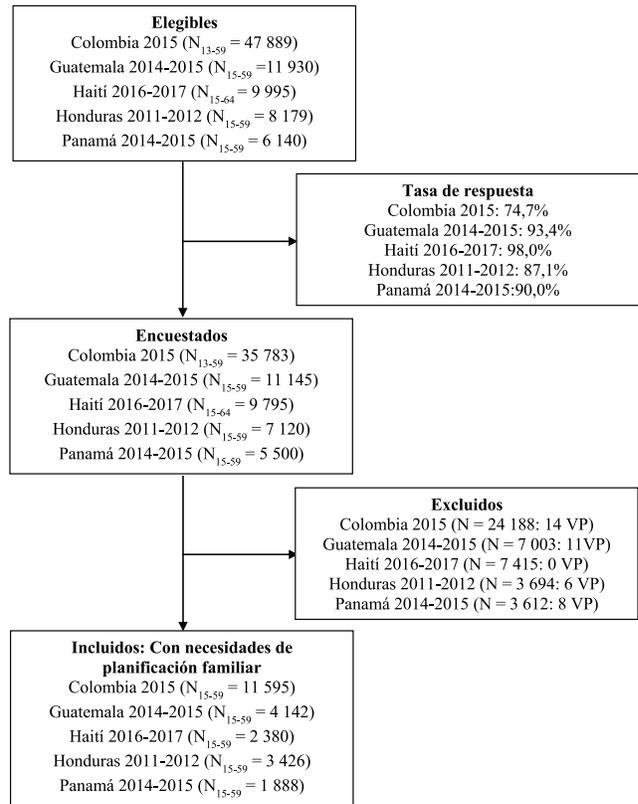
**RESULTADOS**

Los países, años de recolección de datos, y números de entrevistados por variable se presentaron en la Tabla 1. La edad promedio estuvo entre 37 y 40 años. El auto reconocimiento como pueblo indígena varió de 2.9% en Colombia a 40.0% en Guatemala. Haití no informó población indígena. En la muestra sin expandir de Guatemala 5 hombres se autoidentificaron como afrodescendientes y fueron ubicados en la categoría otro grupo étnico en el análisis bivariable y multivariable. La residencia era principalmente urbana en Colombia y Panamá, y en Guatemala, Haití y Honduras era rural. La media de años de escolaridad era menor en Guatemala (6.2) y mayor en Panamá (10.9).

Prevalcieron las uniones informales en Colombia y Honduras, y las formales en Haití, Guatemala y Panamá. El promedio de MAM conocidos estaba entre 7.6 en Panamá a 9.3 en Guatemala. La mayoría no discutió sobre PF con algún profesional/trabajador de salud, pero estuvo expuesto a mensajes de PF en los medios. La mayoría no estaba de acuerdo con la violencia contra la mujer, ni con la afirmación “la anticoncepción es asunto de mujeres”. Colombia no informó datos en esta última variable.

La Tabla 2 muestra el análisis bivariable y la NIPF con MAM estimada en 46,5% (IC95%=43,5-49,3) en Haití, 43,0% (IC95%=38,8-47,4) en Panamá, 21,3% (IC95%=19,7-23,1) en Honduras, 36,8% (IC95%=35,0-38,6) en Guatemala, y 12,4% (IC95%=11,2-13,6) en Colombia.

**Figura 1.** Diagrama de selección de muestra para el análisis de la necesidad insatisfecha de planificación familiar con métodos modernos en hombres casados o unidos en cinco países de Latinoamérica, 2011-2017.



*Nota.* VP = Valor perdido. Fuente: Preparado por los autores con datos de Encuestas de Demografía y Salud de Colombia 2015, Guatemala 2014-2015, Haití 2016-2017, Honduras 2011-2012, y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2014-2015.

El análisis multivariable mostró que las oportunidades de NIPF con MAM aumentaban con la edad en todos los países y eran mayores en hombres de pueblos indígenas (Tabla 3). Las aOR eran mayores en hombres con menor escolaridad en Haití (aOR = 0,95; IC%: 0,94-0,99); en uniones formales comparados con aquellos en uniones informales en Guatemala (aOR = 1,25; IC%: 1,06-1,54) y Honduras (aOR = 1,31; IC%: 1,04-1,64); viviendo en hogares ubicados en niveles de bienestar muy bajo a medio en Guatemala y Panamá, y muy bajo en Honduras comparados con los ubicados en un nivel muy alto.

Las aOR disminuían con el aumento en el conocimiento de MAM en Guatemala (aOR=0,91; IC%:0,88-0,94) y Honduras (aOR = 0,93; IC%: 0,88-0,98); eran menores en hombres que discutieron sobre PF con un profesional/trabajador de salud en los últimos meses comparados con quienes no tuvieron acceso a esta información en Haití (aOR = 0,71; IC%: 0,53-0,94) y Panamá (aOR = 0,30; IC%: 0,13-0,71; si recibieron información sobre PF en algún medio de comunicación en Colombia (aOR = 0,71; IC%: 0,55-0,92); y si manifestaron conducta sexual de riesgo en Guatemala (aOR = 0,38; IC%: 0,15-0,93).

Tabla 1. Descripción de hombres casados o unidos con necesidades de planificación familiar en cinco países de Latinoamérica, 2011-2017.

Variables	Colombia N (%)	Guatemala N (%)	Haití N (%)	Honduras N (%)	Panamá N (%)
<b>Total</b>	11 595 (100,0)	4 142 (100,0)	2 380 (100,0)	3 426 (100,0)	1 888 (100,0)
<b>Edad</b>					
Media, EE	37,6 (0,16)	37,0 (0,16)	40,2 (0,24)	37,3 (0,23)	39,1 (0,47)
<b>Grupo étnico por autoidentificación</b>					
Pueblos indígenas	585 (2,9)	1 610 (40,0)	(...)	664 (15,0)	480 (10,9)
Afrodescendiente	480 (3,6)	5 (0,1)	(...)	112 (2,9)	421 (28,2)
Otro	10 530 (93,5)	2 527 (59,9)	(...)	2 650 (82,1)	986 (60,9)
<b>Escolaridad</b>					
Media, EE	8,9 (0,08)	6,2 (0,10)	6,6 (0,16)	6,2 (0,12)	10,9 (0,30)
<b>Tipo de unión</b>					
Formal	3 630 (34,8)	2 789 (65,9)	2 283 (96,0)	1 436 (41,6)	876 (54,6)
Informal	7 965 (65,2)	1 353 (34,1)	97 (4,0)	1 990 (58,4)	1 012 (45,4)
<b>Área de residencia</b>					
Urbana	7 685 (73,6)	1 778 (44,6)	746 (38,6)	1 205 (46,5)	611 (66,3)
Rural	3 910 (26,4)	2 364 (55,4)	1 634 (61,4)	2 221 (53,5)	1 277 (33,7)
<b>Bienestar del hogar</b>					
Muy bajo	3 881 (22,8)	698 (16,3)	607 (20,1)	878 (19,5)	192 (18,8)
Bajo	3 338 (20,4)	785 (17,9)	522 (19,0)	799 (19,5)	68 (21,0)
Medio	2 072 (19,6)	876 (21,3)	497 (20,8)	693 (21,2)	79 (21,7)
Alto	1 448 (20,0)	928 (22,7)	410 (21,0)	576 (20,0)	373 (17,7)
Muy alto	858 (17,2)	855 (21,8)	344 (19,2)	480 (19,8)	1 176 (20,7)
<b>Anticonceptivos modernos conocidos</b>					
Media, EE	9,0 (0,04)	9,3 (0,06)	7,8 (0,06)	8,7 (0,06)	7,6 (0,08)
<b>La anticoncepción es asunto de mujeres</b>					
De acuerdo	(...)	263 (5,2)	456 (17,4)	308 (8,9)	365 (19,6)
En desacuerdo/sin opinión	(...)	3 879 (94,8)	1 924 (82,6)	3 118 (91,1)	1 523 (80,4)
<b>Actitudes ante la violencia contra la mujer</b>					
Nada la justifica	10 663 (95,3)	3 960 (95,4)	220 (91,8)	3 214 (93,8)	1 791 (96,0)
Al menos una justificación	680 (4,7)	181 (4,6)	180 (8,2)	212 (6,2)	97 (4,0)
<b>Discutió sobre PF con un profesional de salud</b>					
Sí	951 (8,5)	683 (16,3)	392 (16,1)	359 (10,6)	173 (10,3)
No	10 644 (91,5)	3 457 (83,7)	1 988 (83,9)	3 067 (89,4)	1 715 (89,7)
<b>Exposición a mensajes de PF en los medios</b>					
En alguno	8 907 (78,8)	2 841 (68,6)	1 169 (52,8)	1 987 (59,8)	1 079 (63,9)
En ninguno	2 688 (21,2)	1 301 (31,4)	1 211 (47,2)	1 439 (40,2)	809 (36,1)
<b>Conducta sexual de riesgo</b>					
Sí	1 425 (11,6)	52 (1,3)	126 (5,9)	89 (3,0)	151 (8,1)
No	10 170 (88,4)	4 090 (98,7)	2 254 (94,1)	3 337 (97,0)	1 737 (91,9)
<b>Necesidad de planificación familiar con métodos modernos</b>					
Satisfecha	10 115 (87,6)	2 570 (63,2)	1 248 (53,5)	2 688 (78,7)	1 134 (57,0)
Insatisfecha	1 480 (12,4)	1 572 (36,8)	1 132 (46,5)	738 (21,3)	754 (43,0)

*Nota: Los porcentajes son valores ponderados. El tamaño de las muestras se presentan sin ponderar o no disponible. Legenda: EE=Error estándar; PF=Planificación familiar; (...)=no disponible. Fuente: Preparado por los autores con datos de Encuestas de Demografía y Salud de Colombia 2015, Guatemala 2014-2015, Haití 2016-2017, Honduras 2011-2012, y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2014-2015.*

## DISCUSIÓN

Este estudio encontró que Haití y Panamá tienen los mayores porcentajes de NIPF con 46,5% y 43,0% respectivamente, con cinco de cada diez hombres sin acceso a MAM. Presentan niveles altos Guatemala con 36,8% y Honduras con 21,3%, y Colombia un 12,4%. En cada país, se identifican también factores relacionados con la NIPF con

Tabla 2. Necesidades insatisfechas de planificación familiar con métodos modernos en hombres casados o unidos con necesidades de planificación familiar en cinco países de Latinoamérica, 2011-2017.

Variables	Colombia (N=11 595) % (IC95%)	Guatemala (N=4 142) % (IC95%)	Haití (N=2 380) % (IC95%)	Honduras (N=3 426) % (IC95%)	Panamá (N=1 888) % (IC95%)
<b>Edad</b>	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Media	40,4 (39,7-41,2)	39,0 (38,5-39,5)	43,1 (42,5-43,8)	39,5 (38,6-40,4)	41,4 (40,3-42,6)
<b>Grupo étnico por autoidentificación</b>	p=0,067	p=0,000		p=0,001	p=0,024
Pueblos indígenas	16,9 (12,9-21,9)	48,5 (45,8-51,3)	(...)	28,5 (24,0-33,3)	55,5 (46,3-64,3)
Afrodescendiente	10,2 (6,4-16,0)	NA	(...)	12,5 (5,4-26,2)	40,2 (31,1-50,1)
Otro	12,3 (11,1-13,7)	29,0 (26,9-31,3)	(...)	20,4 (18,6-22,3)	42,1 (36,2-48,2)
<b>Escolaridad</b>	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,005	p=0,205
Media	8,8 (8,3-9,4)	5,0 (4,7-5,3)	5,6 (5,1-6,0)	5,6 (5,2-6,1)	10,6 (10,0-11,3)
<b>Tipo de unión</b>	p=0,086	p=0,001	p=0,007	p=0,002	p=0,487
Formal	13,7 (11,7-16,0)	39,2 (37,0-41,5)	47,1 (44,1-50,2)	24,6 (22,1-27,4)	44,4 (38,6-50,4)
Informal	11,7 (10,4-13,1)	32,2 (29,2-35,4)	30,1 (20,6-41,7)	19,0 (16,8-21,4)	41,4 (35,3-47,7)
<b>Área de residencia</b>	p=0,678	p=0,000	p=0,014	p=0,201	p=0,999
Urbana	12,3 (10,8-13,9)	29,8 (27,2-32,5)	41,8 (37,2-46,6)	20,1 (17,7-22,9)	43,0 (37,4-48,8)
Rural	12,7 (11,3-14,3)	42,5 (40,0-45,0)	49,3 (45,7-53,1)	22,4 (20,3-24,6)	43,0 (37,1-49,1)
<b>Bienestar del hogar</b>	p=0,297	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Muy bajo	12,4 (11,0-14,0)	57,7 (53,3-61,9)	55,7 (49,7-61,5)	30,2 (26,7-34,1)	51,4 (39,2-63,5)
Bajo	11,2 (9,5-13,0)	43,8 (40,0-47,8)	53,5 (48,1-58,9)	19,0 (16,1-22,4)	52,5 (38,0-66,5)
Medio	10,6 (8,7-12,8)	37,5 (33,5-41,5)	44,0 (38,7-49,5)	20,5 (16,8-24,8)	46,8 (35,5-58,4)
Alto	13,4 (10,6-16,8)	28,2 (24,3-32,4)	38,3 (32,9-44,0)	17,6 (14,0-22,0)	32,1 (27,0-37,6)
Muy alto	14,6 (10,6-19,8)	23,8 (20,7-27,2)	41,4 (34,5-48,6)	19,5 (15,6-24,1)	31,2 (27,4-35,4)
<b>Anticonceptivos modernos conocidos</b>	p=0,960	p=0,000	p=0,006	p=0,000	p=0,995
Media	8,97 (8,7-9,3)	8,5 (8,3-8,7)	7,6 (7,5-7,8)	8,4 (8,1-8,6)	7,6 (7,3-7,9)
<b>La anticoncepción es asunto de mujeres</b>		p=0,049	p=0,036	p=0,561	p=0,123
De acuerdo	(...)	43,6 (36,8-50,6)	52,2 (46,5-57,9)	23,1 (17,5-29,7)	50,5 (40,0-60,9)
En desacuerdo/sin opinión	(...)	36,5 (34,6-38,3)	45,3 (42,0-48,5)	21,2 (19,4-23,0)	41,2 (36,6-45,9)
<b>Actitudes ante la violencia contra la mujer</b>	p=0,623	p=0,121	p=0,997	p=0,153	p=0,166
Nada la justifica	12,3 (11,0-13,6)	36,5 (34,6-38,4)	46,5 (43,4-49,5)	21,7 (20,0-23,5)	42,4 (37,9-47,0)
Al menos una justificación	13,2 (9,9-17,4)	43,7 (35,1-52,7)	46,9 (38,7-54,3)	16,4 (11,1-23,7)	57,6 (37,8-75,2)
<b>Discutió sobre PF con un profesional de salud</b>	p=0,710	p=0,017	p=0,001	p=0,365	p=0,012
Sí	11,8 (8,8-15,6)	32,2 (28,5-36,2)	37,7 (31,8-44,0)	19,1 (14,6-24,5)	24,5 (13,9-39,5)
No	12,4 (11,2-13,8)	37,7 (35,7-39,8)	48,1 (45,1-51,2)	21,6 (19,9-23,5)	45,1 (41,0-49,4)
<b>Exposición a mensajes de PF en los medios</b>	p=0,015	p=0,009	p=0,009	p=0,458	p=0,325
En alguno	11,6 (10,4-12,9)	34,4 (32,4-36,5)	43,0 (39,4-46,8)	20,8 (18,7-23,1)	44,7 (39,4-50,1)
En ninguno	15,3 (12,5-18,6)	42,1 (39,0-45,2)	50,3 (46,1-54,5)	22,2 (19,6-25,0)	40,0 (32,8-47,7)
<b>Conducta sexual de riesgo</b>	p=0,077	p=0,005	p=0,648	p=0,789	p=0,053
Sí	9,6 (7,1-13,0)	13,8 (6,1-28,3)	44,1 (34,1-54,6)	23,1 (12,5-38,6)	28,0 (16,8-42,8)
No	12,7 (11,5-14,1)	37,1 (35,3-39,0)	46,6 (43,6-49,7)	21,3 (19,7-23,0)	44,4 (39,5-49,3)
<b>Total</b>	12,4 (11,2-13,6)	36,8 (35,0-38,6)	46,5 (43,5-49,4)	21,3 (19,7-23,1)	43,0 (38,8-47,4)

Notas: Los porcentajes son valores ponderados. NA=No aplica porque 5 autoidentificados como afrodescendientes se agregaron al grupo Otro. PF=Planificación familiar. IC95%=Intervalo de Confianza del 95%. (...)=No disponible. Fuente: Preparado por los autores con datos de Encuestas de Demografía y Salud de Colombia 2015, Guatemala 2014-2015, Haití 2016-2017, Honduras 2011-2012, y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2014-2015.

MAM. Esta necesidad aumenta con la edad en todos los países analizados. En el examen de posibles explicaciones, se debería analizar la influencia de la edad en las interacciones en redes sociales basadas en internet para la búsqueda de información sobre MAM, ya que se ha indicado [26] que la mayor observación e intercambios en estas redes, facilitan la adquisición de conocimientos; siendo una fuente de información sobre anticoncepción

relacionada con la decisión de usar un método anticonceptivo [27].

Los hombres de pueblos indígenas tienen las mayores oportunidades de ser identificados en NIPF con MAM. La falta de acceso a MAM de los pueblos indígenas ha sido reconocida previamente [28]. Esto tiene implicaciones para el diseño y desarrollo de intervenciones y programas

Tabla 3. Oportunidades relativas ajustadas de la necesidad insatisfecha de planificación familiar con métodos modernos en hombres casados o unidos con necesidades de planificación familiar en cinco países de Latinoamérica, 2011-2017.

Variables	Colombia (N= 11 595) aOR (IC95%)	Guatemala (N=4 142) aOR (IC95%)	Haití (N=2 380) aOR (IC95%)	Honduras (N=3 426) aOR (IC95%)	Panamá (N=1 888) aOR (IC95%)
<b>Edad</b>	1,04 (1,03-1,05) <sup>a</sup>	1,04 (1,03-1,05) <sup>a</sup>	1,07 (1,06-1,08) <sup>a</sup>	1,02 (1,01-1,04) <sup>a</sup>	1,05 (1,04-1,07) <sup>a</sup>
<b>Grupo étnico por autoidentificación</b>					
Originaria	1,41 (1,01-1,96) <sup>a</sup>	1,58 (1,33-1,87) <sup>a</sup>		1,46 (1,13-1,89) <sup>a</sup>	2,21 (1,27-3,86) <sup>a</sup>
Afrodescendiente	0,79 (0,47-1,33)	NA		0,62 (0,24-1,60)	0,88 (0,50-1,53)
Otro	1	1		1	1
<b>Escolaridad</b>		0,99 (0,97-1,02)	0,95 (0,94-0,99) <sup>a</sup>	0,99 (0,95-1,02)	1,00 (0,95-1,05)
<b>Tipo de unión</b>					
Formal	1,03 (0,83-1,29)	1,25 (1,06-1,54) <sup>a</sup>	1,62 (0,86-3,05)	1,31 (1,04-1,64) <sup>a</sup>	
Informal	1	1	1	1	
<b>Área de residencia</b>					
Urbana		0,95 (0,78-1,15)	1,09 (0,79-1,51)	1,23 (0,95-1,60)	
Rural		1	1	1	
<b>Bienestar del hogar</b>					
Muy bajo		2,51 (1,75-3,61) <sup>a</sup>	1,28 (0,76-2,15)	1,68 (1,07-2,64) <sup>a</sup>	2,31 (1,32-4,03) <sup>a</sup>
Bajo		1,63 (1,20-2,22) <sup>a</sup>	1,27 (0,78-2,06)	0,93 (0,61-1,43)	2,80 (1,36-5,75) <sup>a</sup>
Medio		1,51 (1,11-2,05) <sup>a</sup>	1,03 (0,68-1,57)	1,06 (0,70-1,61)	2,15 (1,28-3,63) <sup>a</sup>
Alto		1,16 (0,87-1,54)	0,86 (0,57-1,30)	0,90 (0,60-1,37)	0,99 (0,73-1,34)
Muy alto		1	1	1	1
<b>Anticonceptivos modernos conocidos</b>		0,91 (0,88-0,94) <sup>a</sup>	0,95 (0,89-1,02)	0,93 (0,89-0,98) <sup>a</sup>	
<b>La anticoncepción es asunto de mujeres</b>					
De acuerdo		1,19 (0,86-1,63)	1,17 (0,89-1,53)		1,39 (0,80-2,40)
En desacuerdo/sin opinión		1	1		1
<b>Actitudes hacia la violencia contra la mujer</b>					
Nada la justifica		0,87 (0,59-1,27)		1,45 (0,90-2,34)	0,65 (0,20-2,07)
Al menos una justificación		1		1	1
<b>Discutió sobre PF con un profesional de salud</b>					
Sí		1,02 (0,86-1,20)	0,71 (0,53-0,94) <sup>a</sup>		0,30 (0,13-0,71) <sup>a</sup>
No		1	1		1
<b>Exposición a mensajes de PF en los medios</b>					
En alguno	0,71 (0,55-0,92) <sup>a</sup>	1,02 (0,86-1,21)	0,99 (0,78-1,25)		
En ninguno	1	1	1		
<b>Conducta sexual de riesgo</b>					
Sí		0,38 (0,15-0,93) <sup>a</sup>			0,57 (0,28-1,17)
No		1			1

Notas. Los modelos se ajustaron por las variables incluidas en el cuadro. IC95%=Intervalo de confianza del 95%. aOR=Adjusted odds ratio del inglés (oportunidades relativas ajustadas). PF=Planificación familiar. NA=No aplica porque 5 autoidentificados como afrodescendientes se agregaron al grupo Otro. <sup>a</sup>  $p < 0,05$ . Fuente: Preparado por los autores con datos de Encuestas de Demografía y Salud de Colombia 2015, Guatemala 2014-2015, Haití 2016-2017, Honduras 2011-2012, y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2014-2015.

de salud pública efectivos que, respetando el derecho de estos pueblos a mantener sus propias instituciones, incluidas la medicina tradicional, deben garantizar el derecho al más alto nivel posible de salud, y el acceso a servicios que incluyen tecnología moderna para el control voluntario de la fecundidad [29] considerando que los métodos tradicionales no brindan protección adecuada [30]. Estos resultados orientan al desarrollo de investigaciones cualitativas que identifiquen si existen normas masculinas para la aceptación y uso de MAM en pueblos indígenas.

Las oportunidades relativas de tener NIPF con MAM son mayores en hombres sin educación comparados con los que tienen educación superior en Haití; destacando el efecto que las dificultades de acceso a una educación adecuada para toda una población tienen en el uso de MAM para cumplir el deseo de limitar o posponer la paternidad [31]. Consistente con resultados obtenidos en Costa Rica [32], donde las relaciones de pareja con mayor compromiso tienen menor uso de anticonceptivos, los hombres que informaron estar en uniones formales en Guatemala y Honduras tienen mayores oportunidades de

tener NIPF con MAM comparados con aquellos que se encuentran en uniones informales.

Los hombres que viven en hogares con un nivel de bienestar de muy bajo a medio en Guatemala y Panamá, y muy bajo en Honduras, tienen mayores oportunidades de NIPF con MAM. El nivel de bienestar [25] mide la capacidad de adquisición de ciertos bienes en los hogares de los entrevistados, considerándose una medida de la situación económica. Comprensiblemente, las personas que viven en hogares con un menor nivel de bienestar cuentan con menos recursos para acceder a MAM. Este resultado señala a los encargados de los servicios de salud pública, la dificultad que tienen las personas que viven en situación de pobreza o menor bienestar, en satisfacer la necesidad identificada de PF con MAM.

La NIPF disminuye con el aumento en el número de MAM conocidos en Guatemala y Honduras. Aunque este conocimiento no implica que se sabe cómo usarlos o donde obtenerlos, haber escuchado hablar sobre una mayor cantidad de MAM, influye en su uso para lograr el deseo de paternidad, probablemente por disponer de más opciones para escoger y tomar una decisión. Discutir sobre PF en instalaciones de salud se relaciona favorablemente con la satisfacción del deseo de posponer o limitar la paternidad en Haití y Panamá, consistente con un estudio realizado [33] en Bolivia sobre uso de MAM en hombres y mujeres. Se evidencia la importancia de que las normas de atención en las instalaciones establezcan que se aproveche toda oportunidad para que el profesional/trabajador de salud informe y asesore también a los hombres sobre PF, como es la experiencia reportada por Colombia y Honduras [12,13], y de incorporar el enfoque de masculinidad en la atención para promover y mejorar su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva como se ha mencionado en Chile [34].

Los programas en medios de comunicación con una amplia audiencia, como la radio, televisión y medios escritos, han mostrado ser una de las opciones que influye en la PF para incrementar la autoeficacia y los comportamientos reproductivos saludables [35]. Esto se confirma también en este estudio en Colombia, encontrándose que quienes recibieron información sobre PF en algún medio de comunicación tienen menores oportunidades de tener NIPF con MAM que quienes informaron no haber recibido información en estos medios.

Los hombres que manifestaron haber tenido una conducta sexual de riesgo en Guatemala tienen menores oportunidades de NIPF con MAM, probablemente por mayor conciencia del riesgo de un embarazo no deseado o una ITS, o por efectos positivos de campañas que promueven la protección en relaciones sexuales de riesgo, consistente con lo reportado en Estados Unidos [17] sobre NPF en hombres.

Estos resultados deben interpretarse considerando las limitaciones del estudio. Los cuestionarios indagan las preferencias de fecundidad solo en hombres casados/

unidos. En Panamá se conoce el uso de anticonceptivo diferente al codón masculino sólo con la última pareja sexual, no siendo posible contrastar la información del hombre con el de la esposa/conviviente, porque el cuestionario de hombre se aplicó en un hogar diferente al hogar en el cual se aplicó el cuestionario de mujer. Las encuestas, aunque cercanas, se realizaron en años diferentes. La naturaleza transversal de los datos no permite establecer causalidad y debe contemplarse la posibilidad de sesgos debido a preguntas de auto reporte.

## CONCLUSIONES

La NIPF con MAM en hombres casados/unidos se estimó en 46,5% en Haití, 43,0% en Panamá, 36,8% en Guatemala, 21,3% en Honduras y 12,4% en Colombia.

La NIPF está relacionada con una mayor edad en todos los países, igual que pertenecer a pueblos indígenas en Colombia, Guatemala, Honduras y Panamá. En algunos países se relaciona con factores sociales como el nivel de bienestar, la escolaridad y el tipo de unión; el acceso a información sobre PF en instalaciones de salud o de algún medio de comunicación, o con el número de MAM conocidos; y de comportamiento como la conducta sexual de riesgo.

Se debería incluir explícitamente a los hombres en las normas de atención de los programas de PF para acelerar el logro del ejercicio responsable y voluntario del derecho a reproducirse, cuándo y con qué frecuencia. La atención en los servicios y las intervenciones educativas deben considerar en su desarrollo y diseño la diversidad cultural y la edad en la elaboración de mensajes en la comunicación.

**Contribuciones de los autores:** FC contribuyó con la concepción y diseño del análisis secundario, solicitó, analizó, interpretó los datos, redactó el primer y los siguientes borradores del manuscrito y actuó como autor correspondiente. SS y RD contribuyeron con el análisis de datos, su interpretación y la redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

**Agradecimientos:** Al Programa DHS por facilitarnos los datos de Colombia, Guatemala, Haití y Honduras para este análisis. A los equipos nacionales de ENASSER que trabajaron en la encuesta de Panamá.

**Disponibilidad de datos y materiales:** Los datos completos de las DHS están disponibles en <http://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>.

## REFERENCIAS

- [1] Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. [cited 2021 Feb 17]. Available from: <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>

- [2] United Nations Population Fund. Programme of action: Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. [Internet]. 2004 [cited 2021 Oct 8]. Available from: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf)
- [3] Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. RES 34/180 Dec 18, 1981 p. 224–9. Available from: <https://undocs.org/es/A/RES/34/180>
- [4] Dorman E, Bishai D. Demand for male contraception. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* [Internet]. 2012 Jan 10 [cited 2021 Oct 9];12(5):605–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23186401/>
- [5] Kimport K. More Than a Physical Burden: Women's Mental and Emotional Work in Preventing Pregnancy. *J Sex Res* [Internet]. 2018 Nov 22 [cited 2021 Nov 20];55(9):1096–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28418714/>
- [6] Hardee K, Croce-Galis M, Gay J. Are men well served by family planning programs? *Reprod Health* [Internet]. 2017 Jan 23 [cited 2021 Oct 10];14(1):1–12. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-017-0278-5.pdf>
- [7] Kimport K. Talking about male body-based contraceptives: The counseling visit and the feminization of contraception. *Soc Sci Med* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2021 Nov 20];201:44–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29433012/>
- [8] Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 19];30(3):465–70. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf>
- [9] SDG Indicator 3.7.1: Proportion of women of reproductive age (aged 15–49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods [Internet]. [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/indicator/4988>
- [10] Stars AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission [Internet]. Vol. 391, *Lancet*. 2018 [cited 2021 Oct 8]. p. 2642–92. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930293-9>
- [11] Hamm M, Miller E, Jackson Foster L, Browne M, Borrero S. “The Financial Is the Main Issue, It's Not Even the Child”: Exploring the Role of Finances in Men's Concepts of Fatherhood and Fertility Intention. *Am J Mens Health* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Oct 7];12(4):1074–83. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1557988318775189>
- [12] Ministerio de la Protección Social de Colombia. Resolución Número 0769 de 2008. Por medio del cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000 [Internet]. *Diario Oficial*, Resolución número 0769 Colombia; Mar 3, 2008 p. 15–21. Available from: [www.imprenta.gov.co](http://www.imprenta.gov.co)
- [13] Secretaría de Salud de Honduras. Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar para Hospitales-Actualizada [Internet]. Tegucigalpa; 2012 Oct [cited 2021 Oct 8]. Available from: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JBKN.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JBKN.pdf)
- [14] Ngom P. Men's Unmet Need for Family Planning: Implications for African Fertility Transitions. *Stud Fam Plann* [Internet]. 1997 Sep [cited 2021 Oct 8];28(3):192–202. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2137887>
- [15] Becker S. Measuring Unmet Need: Wives, Husbands or Couples? *Int Fam Plan Perspect* [Internet]. 1999 [cited 2021 Sep 23];25(4):172–80. Available from: <https://doi.org/10.2307/2991881>
- [16] Casey FE, Sonenstein FL, Astone NM, Pleck JH, Darriotis JK, Marcell A v. Family Planning and Preconception Health Among Men in Their Mid-30s: Developing Indicators and Describing Need. *Am J Mens Health* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2021 Sep 20];10(1):59–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25389215/>
- [17] Marcell A v., Gibbs SE, Choiriyah I, Sonenstein FL, Astone NM, Pleck JH, et al. National needs of family planning among US men aged 15 to 44 years. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2021 Sep 23];106(4):733–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815999/pdf/AJPH.2015.303037.pdf>
- [18] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015: Tomo 1 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2017 Jan [cited 2020 Oct 9]. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
- [19] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015: Tomo 2 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2017 Jan [cited 2020 Oct 9]. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.2.pdf>
- [20] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), ICF International. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014–2015. Informe Final. Guatemala [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 9]. Available from: <https://dhsprogram.com/publications/index.cfm>
- [21] Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), ICF. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016–2017 [Internet]. Pétiion-Ville, Haïti, et Rockville, Maryland, USA; 2018 [cited 2021 Nov 25]. Available from: <https://dhsprogram.com/publications/index.cfm>
- [22] Secretaría de Salud de Honduras, Instituto Nacional de Estadística (INE), ICF International. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011–2012 [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2013 [cited 2020 Nov 19]. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR274/FR274.pdf>
- [23] De León, Ruth; Chamorro, Fermina; Flores, Haydee; Mendoza, Alba; Martínez, Ligia; Aparicio, Lisbeth;

- Rosales, Katherin; Sandoval, Iris; Gonzalez, Itzy; Rodríguez Faride. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2014-2015. Vol. Tomo 1. Panamá; 2018. 332.
- [24] Croft TN, Marshall AM, Allen CK, et al. Guide to DHS Statistics DHS-7 (version 2) [Internet]. Rockville, Maryland, USA; 2018 [cited 2021 Nov 20]. Available from: [www.DHSprogram.com](http://www.DHSprogram.com).
- [25] Rutstein S.O. Steps to constructing the new DHS Wealth Index [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 26]. Available from: <http://www.dhsprogram.com/topics/wealth-index/Wealth-Index-Construction.cfm>
- [26] Hermann-Acosta A, Apolo DE, Molano-Camargo M. Reflections and perspectives on the uses of social networks in education. A case study in quito-Ecuador. Inf tecnol [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2021 Oct 23];30(1):215–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642019000100215>
- [27] Timoteo Inga AL. Uso de redes sociales como fuente de información sobre métodos anticonceptivos en usuarias del servicio de planificación familiar del Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta, febrero 2019. [Internet]. Vol. 447, Medicina. 2019 [cited 2021 Nov 25]. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4147/Diaz\\_rc.pdf;jsessionid=CD5A7FF3022F1A5526948369A600356D?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4147/Diaz_rc.pdf;jsessionid=CD5A7FF3022F1A5526948369A600356D?sequence=1)
- [28] 13° período de sesiones del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. Salud sexual y derechos reproductivos de los pueblos indígenas [Internet]. Departamento de Información de las Naciones Unidas; 2014 [cited 2021 Nov 19]. Available from: <http://www.un.org/en/media/accreditation>
- [29] Del Popolo F, Jaspers D, NU, CEPAL. Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos [Internet]. Santiago, Chile; 2013 [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/37050>
- [30] Casterline JB, Sinding Steven W. Unmet need for family planning and implications for population policy. Popul Dev Rev [Internet]. 2000 [cited 2021 Sep 27];26(4):691–723. Available from: [www.popcouncil.org/pdr](http://www.popcouncil.org/pdr)
- [31] Bonhomme G. Políticas educativas, profundización de las desigualdades en Haití [Internet]. Buenos Aires; 2015 [cited 2021 Nov 25]. (Políticas públicas; Pobreza; Privatización de la educación; Educación; Desigualdad social;). Available from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20150616123035/Clacso.pdf>
- [32] Sánchez-Retana C, Leiva-Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. Poblac Salud Mesoam [Internet]. 2016 Jun 30 [cited 2021 Nov 22];14(1). Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/25142/25761>
- [33] Durán FE. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres y hombres Bolivia 2003-2008. Revista Ciencia, Tecnología e Innovación [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 19];18(22):11–42. Available from: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v18n22/v18n22a02.pdf>
- [34] Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernal M. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 23];42(e124). Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49568>
- [35] Prácticas de alto impacto en la planificación familiar (PAI). Medios de comunicación: Cómo llegar a las audiencias con mensajes que fomenten comportamientos reproductivos saludables [Internet]. Washington, DC: USAID; 2017 [cited 2021 Nov 20]. p. 8. Available from: <https://fphighimpactpractices.org/es/briefs/medios-de-comunicacion/>