

MASCULINIDADES, RESISTENCIA Y CAMBIO EN EL CAMPO DE LA SALUD

Ponente: Benno de Keijzer

Institución: Instituto de Salud Pública (Universidad Veracruzana) y Salud y Género, AC

Introducción

En esta ponencia se aborda la interfase entre la construcción de género en los hombres y el campo de la salud tanto en el análisis de las consecuencias como en el de las potencialidades. El proceso salud/enfermedad/atención de los hombres permanece relativamente invisible en los estudios de la salud desde una perspectiva de género a pesar de muchas graves y costosas consecuencias directas e indirectas en la salud tanto de los hombres como de las mujeres.

Los servicios de salud en América Latina aún no terminan de salir de la inercia del paradigma “maternoinfantil” en sus programas, lo cual no permite ver e impulsar la participación masculina desde aspectos tan concretos como la planificación familiar (ahora salud reproductiva) hasta programas de enfermedades crónicas, de salud mental o de promoción de la salud y mucho menos incorporar a los hombres en el cuidado de la salud infantil. En nuestra cultura la palabra “cuidado” sigue teniendo una connotación femenina y poco prestigiosa para muchos hombres.

Si bien hay esfuerzos oficiales dirigidos a trabajar cada vez más desde una perspectiva de género con hombres de distintas edades, estos esfuerzos están atomizados en programas de prevención del VIH (con énfasis en hombres que tienen sexo con hombres) o del uso de sustancias prohibidas y en algún modelo de trabajo con hombres agresores. No se toma en cuenta que – tomando estos tres ejemplos - estos problemas están articulados entre sí y que un hombre envuelto en una relación con violencia hacia su pareja/familia con frecuencia abusa de sustancias y probablemente no tiene mucho cuidado/auto cuidado en cuanto a su sexualidad y reproductividad. En el contexto Latinoamericano es desde la sociedad civil donde surgen las propuestas más integrales e interesantes en el trabajo con hombres.

En esta presentación se profundiza en tres aspectos:

- El análisis de los hombres y su salud desde una perspectiva de género y de ciclo de vida
- Algunas de las pistas que contribuyen a pensar el cambio en los hombres en el trabajo con hombres adultos y jóvenes en los últimos 20 años en México y otros países del continente y a partir de un estudio cualitativo desarrollado en México
- Propuestas para políticas y programas con una mirada relacional que incorporen tanto a mujeres como hombres en el campo de la salud.

Acerca del género

El género es una de las grandes determinantes de la salud, la enfermedad y la muerte junto con otras como son la clase social o el origen étnico. A diferencia de las últimas, el género es una categoría de creación mucho más reciente que aún no ha desplegado totalmente su potencial explicativo para entender los procesos diferenciales en mujeres y hombres. En lo que resta de este trabajo abordaremos diversos ejemplos que apuntan a la presencia del género en el proceso salud-enfermedad-atención. Es difícil imaginar algún campo o problemática de la salud en donde el género no esté presente en alguna medida, ya sea en la generación del problema, su desarrollo y/o su atención.

Aunque el género nace como una perspectiva para entender y denunciar la condición de las mujeres, el potencial explicativo de esta perspectiva, desde los años 80 y sobre todo en los 90, empieza a servir también para entender la condición masculina (Kimmel, 1992), junto con los llamados a la participación los hombres que aparecen en las conferencias de Cairo y Beijing y políticas internacionales de salud centradas en aspectos como la salud reproductiva, la lucha contra el VIH-SIDA y la violencia doméstica.

Aunque el enfoque principal ha sido sobre las relaciones hombre-mujer (*intergenéricas*) enfatizando la necesidad de romper con la situación de subordinación femenina, el enfoque de género es muy productivo para explicar, entender y atender también diversos aspectos de las relaciones *intragénicas* como las que se desarrollan entre las propias mujeres y las que ocurren entre hombres. Esto frecuentemente está articulado con relaciones de poder basadas en las diferencias de generación, de clase y/o de etnia.

El género permite entender también la diversidad que aparece en las diferentes culturas y a lo largo de la historia de la humanidad. Aunque la subordinación de la mujer está presente en la mayoría de las culturas, el género permite también reconocer la diversidad al interior de lo masculino y lo femenino. A pesar de encontrarse como opuestos binarios en las estadísticas y hasta en las actas de nacimiento, en lo biológico y en lo cultural existe más bien un continuum teniendo como polos lo que podríamos definir como lo hipermasculino y lo hiperfemenino. Esto permite hablar de masculinidades diversas en las cuales puede haber elementos comunes, pero donde están presentes también formas muy diversas de ser varón.

Masculinidades, cuerpo y salud

En este trabajo no haré una extensiva introducción general a las masculinidades vistas desde la perspectiva de género, dado que este aspecto estará probablemente cubierto en las dos presentaciones anteriores. Así, me aboco más bien a mirar a los hombres inicialmente en su dimensión corporal y de salud desde la construcción de género y siguiendo el ciclo de vida.

El hecho de que mujeres y hombres somos socializados en forma diferencial, con desigual acceso a recursos, con riesgos también diferenciales nos lleva a trayectorias

también diversas en una amplia gama de problemas de salud. La salud muestra, en varios ámbitos, las consecuencias de la desigualdad para las mujeres y, a la vez, sirve como ventana privilegiada para observar varios costos de la socialización masculina para los hombres. Las mujeres cargan además con el diferencial de riesgo que suponen los diversos problemas asociados biológicamente a la reproducción (el embarazo, parto y puerperio), sumado a la atención o desatención de estos problemas que pueden llevar el sello de la equidad o inequidad de género, clase y/o etnia. Así, el género no es sólo una determinante de inequidad sino un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres. Uno de los puentes más interesantes entre el género y la salud proviene desde las ciencias sociales cuando se plantea el cuerpo como territorio donde se manifiestan las relaciones de poder.

Inicio retomando dos frases que tienden a converger y sintetizan la relación de los hombres con su cuerpo y la salud. La primera es transgeneracional, transcultural y transclasista y aplicada a situaciones muy diversas: *“Hasta donde el cuerpo aguante!”* Esta frase puede emerger en situaciones muy diversas que pueden ser tanto referidas al esfuerzo asociado al trabajo o el deporte intensivo, o al proceso de alcoholización e incluso al “ejercicio” de la sexualidad (de Keijzer, .

Esto me remite a los jóvenes de Iguanillas, comunidad cañera del Estado de Puebla que, teniendo ya su primer salario, acuden prestos a los prostíbulos de la cabecera municipal para iniciarse sexualmente «a cuerno limpio», es decir sin condón, en referencia a las muy gustadas corridas de toros en la región. (Rodríguez y de Keijzer)

En esta frase, los hombres hablamos de «el» cuerpo y no de «mi» cuerpo, como si fuésemos tan solo ocupantes del “penthouse” (cabeza) de ese instrumento. Ver al cuerpo como instrumento es típico de los sectores subalternos en donde el trabajo y la fuerza corporal son centrales, no sólo para la sobrevivencia, sino para la propia manifestación de una masculinidad auto y heterovalorada. Pero, no tiene que ver solo con estos sectores: la sorprendente compilación sobre el Cuerpo Masculino (The Male Body) con el mas sorprendente subtítulo “Manual del Dueño” basada en la revista Men’s Health (Caine & Garfinkel, 1996), dirigida principalmente a los miembros de la masculinidad hegemónica y a los que sueñan con acceder a ella, también enfatizan al cuerpo como algo que, como un auto, requiere una guía de mantenimiento para «maximizar tu máquina». El texto hace una interesante revisión de los principales problemas de salud de este sector dando diversas pautas para el auto cuidado. Un punto sobresaliente es cuando aborda el “cuidado de la mano” con una disertación (basada en entrevistas a boxeadores profesionales) sobre cómo asestar un puñetazo sin lastimarse!

En la historia de la medicina y en el campo de la salud, tradicionalmente el cuerpo masculino ha servido de parangón, de unidad de medida para luego, por contraste, analizar el cuerpo femenino que, obviamente, aparecerá como mas pequeño, mas débil e “incompleto”. Esto se traspola a campos mas específicos como la neurología (el cerebro mas pequeño), la psiquiatría (las hormonas y la matriz como génesis de la enfermedad mental femenina) y la sexualidad. Aunque la ciencia poco a poco (y a veces a regañadientes) va superando este limitado enfoque, el sexismo sigue estando presente en

nuestra culturas y permeando, en formas explícitas e implícitas la socialización diferenciada de niños y niñas.

La segunda frase típica entre hombres aparece en una forma mas tardía en la vida de los hombres referida tanto a objetos y maquinaria como al cuerpo masculino y es «Todo por servir se acaba». Aparece en hombres maduros y de la tercera edad, generalmente trabajadores manuales (obreros y campesinos) desgastados y que tienen la experiencia práctica de ver como sus cuerpos terminan desgastados como la maquinaria o implementos que han utilizado en su trabajo. Es una frase que tiene un dejo de inevitabilidad que anuncia la entrada a una fase cada vez menos productiva laboralmente y, muchas veces, una vejez carente de redes, enferma y poco jubilosa.

Vista desde la perspectiva de género, la relación entre trabajo y cuidado de la salud es abiertamente contradictoria por diversas razones. Una razón importante tiene que ver con las condiciones objetivas en las que la mayoría de los hombres desempeñan su trabajo, sobre todo en la industria y en el campo. Pero también tiene que ver con la centralidad del trabajo en la construcción de la identidad masculina -los hombre tendemos a amalgamarnos con nuestra profesión u ocupación (Deutschendorf, 1996). Esto se refuerza con el rol de proveedor que históricamente se ha jugado en la familia. El cuerpo es vivido como instrumento para esos fines. Este análisis se refleja fielmente en los talleres de Salud y Género donde participantes de ambos sexos y distintas edades, en las lluvias ideas sobre las características esenciales de un hombre invariablemente señalan la fuerza y el trabajo.

En general, el autocuidado, la valoración del cuerpo en el sentido de la salud es algo casi inexistente en la socialización de la mayoría de los hombres. Al contrario, el cuidarse o cuidar a otros aparece como un rol netamente femenino, salvo cuando se es médico y se decide y trabaja sobre la salud de otras/os.

Algo que parece negar lo afirmado arriba son las formas en que los hombres utilizamos el cuerpo es en el espacio del deporte-espacio privilegiado para el análisis de relaciones de poder (Huerta, 1999). En la misma dirección, otros que «cuidan» su cuerpo llevándolo muchas veces a extremos son los físico culturistas, cuyos aprendices presentan crecientes problemas de desgarros y, peor aún, hernia de disco, sin contar de los efectos crónicos de sustancias como los anabólicos. Pereira (2001) estudia este tipo de procesos con dos grupos de hombres en los cuales la identidad masculina se construye amalgamando aspectos de físico culturismo, artes marciales y orientación sexual.

Si la salud y el autocuidado no juegan un rol central en la construcción de la identidad masculina, el eje contrario es mucho mas prolífico en cuanto al correr riesgos y la trasgresión. “No rajarse” es un mandato masculino que Núñez (año) recoge en el norte de México pero que cubre prácticamente todo el territorio nacional. Rajarse implica abrirse (como la madera), no ser de “una sola pieza”, es decir tener miedo, en una no tan velada connotación sexual que feminiza a los que se rajan. Quien usa un condón en un encuentro sexual, quien maneja lento o se levanta tempranamente de una mesa de tragos o no enfrenta un reto a golpes se raja... y es menos hombre.

En un fallido intento por cuestionar el machismo en la Facultad de Psicología de la UV se promueve un “machímetro” (como una escala ascendente) que ridiculiza las formas más dañinas y absurdas del ser macho. Lo curioso, y alarmante, es que en el polo opuesto de la escala aparece el “mandilón” – es decir, el hombre débil que es dominado y mandado por su mujer. No aparece en ninguna parte de la escala el hombre equitativo que también puede tener fortaleza y hacer su parte, por ejemplo, en lo quehaceres domésticos.

Son claras las formas en que la identidad masculina influye en la salud, no sólo de los hombres sino también de las mujeres, niñas y niños. El inventario de problemas de salud masculina donde el género determina, influye o interviene sigue ampliándose. A pesar de que las estadísticas de las últimas décadas han presentado una sobremortalidad masculina importante y creciente, esto era apenas problematizado por la epidemiología. Es muy reciente el enfoque de la mayor mortalidad masculina asociada a problemas de corazón, a ciertos tipos de cáncer (pulmón y próstata) y, sobre todo, la enorme mortalidad debida a muertes violentas: homicidios, accidentes y suicidio. Mención aparte merecen las adicciones, en especial el alcoholismo (Menéndez, 1990) como una causa central (directa e indirecta) de muertes en edad productiva.

Para entender las consecuencias de la socialización masculina me ha sido útil el concepto de la masculinidad como factor de riesgo (de Keijzer, 1998) como un eje en el trabajo sobre la masculinidad, su construcción social y la forma en que afecta la vida de las mujeres. Retomando la «tríada de la violencia» que propone Michael Kaufmann (1997), el varón puede ser factor de riesgo en al menos tres sentidos. Se trata de un enfoque crítico que muestra las diversas formas de daño:

- hacia la mujer (y a niñas y niños): a través de los diversos tipos de violencia, el abuso de sustancias, la fecundidad impuesta, la paternidad ausente y la falta de presencia en lo doméstico.
- entre hombres: por medio de accidentes, homicidios, lesiones y otras formas de violencia, así como la transmisión del VIH-SIDA
- y para el hombre mismo: mediante el suicidio, el alcoholismo y otras adicciones, así como las enfermedades psicosomáticas. Podemos incluir aquí las muy diversas formas de descuido y desgaste del cuerpo.

Género, salud y el ciclo de vida de los hombres

Históricamente, la medicina y luego la epidemiología han tomado nota de los patrones diferenciales de enfermedad y muerte por sexo. Sin embargo, este registro y su análisis ha sido enfocados más desde lo biológico. La perspectiva de género apunta a explicar las trayectorias diferenciales de mujeres y hombres desde una mirada social y cultural atravesada por las relaciones de poder. El género no excluye el análisis de clase o étnico, mas bien se articula con estas otras determinaciones, sumándose frecuentemente y dando lugar a perfiles de salud muy contrastantes como los de las mujeres indígenas.

Existen problemas de salud en donde se da una articulación llamativa entre el sexo y el género. Tanto en la transmisión del VIH-SIDA como en el proceso de alcoholización está presente una particular vulnerabilidad de las mujeres. En el primer caso, es por razones ligadas a la estructura y características de la mucosa vaginal que la hacen mas permeable a la infección (Herrera y Campero, 2002). En el segundo caso es por razones anatómicas (una mayor proporción de grasa corporal) y metabólicas (menor capacidad de procesamiento del alcohol) que conducen a un mayor efecto de la sustancia a una misma dosis comparada con los hombres. Hasta ahora, tanto el VIH como el alcoholismo han tenido una mayor mortalidad en los hombres en México por razones de género: una mayor permisividad social y acceso tanto al sexo como al abuso de sustancias articuladas una sensación de invulnerabilidad, la invitación a la trasgresión y otros aspectos comunes en la socialización masculina. Sin embargo, es notable el reciente ascenso en las mujeres de casos de VIH-SIDA por transmisión de su parejas y el creciente el consumo abusivo del alcohol entre mujeres jóvenes y adolescentes urbanas. En el caso del VIH, la vulnerabilidad social de las mujeres está relacionada con una socialización que suele dificultarles el ser asertivas en la negociación de las prácticas de sexo seguro. Frases comunes en nuestra cultura como la de “el hombre llega hasta donde la mujer quiere” sólo refuerzan esta situación.

Cuando hacemos un recorrido del ciclo de vida de mujeres y hombres, las diferencias de género se muestran frecuentemente desde que se nace (incluso antes), siendo generalmente son mas claras en etapas posteriores. A pesar de que va cambiando, en el contexto de México, sobre todo en el medio rural e indígena, aún hay una recepción y valoración diferencial a los recién nacidos varones que puede repercutir en una lactancia mas prolongada o en la búsqueda más temprana de atención médica ante una enfermedad. Esta valoración diferencial de los hombres se refleja con dramatismo ya desde el vientre en los países donde se permite el aborto selectivo donde suele conservarse el embarazo masculino por lo que el masivo aborto selectivo de niñas en naciones como China e India amenaza con convertirse en un problema de desbalance demográfico en el mediano plazo.

Si bien biológicamente nacen mas varones (en México, un 3% mas que niñas) durante la infancia existe también una mayor mortalidad masculina, sobre todo por enfermedades respiratorias y diarreicas de origen infeccioso. **EVN diferencial** Un hallazgo consistente sobre género y salud en estudios en países desarrollados es la longevidad de las mujeres. Para todas las edades y para todas las principales causas de muerte, las tasa de mortalidad y los riesgos de morir son mas bajas para las mujeres comparadas con los hombres. La discrepancia entre las tasas de mortalidad de hombres versus las de mujeres han ido creciendo sostenidamente aunque su ritmo parece haber disminuido o quizás hasta se haya revertido en la última década (Malterud y Okkes, 1998).

Es hacia los 10 años de edad donde la diferencia entre niños y niñas se hace marcada con un rápido incremento de las muertes masculinas que culmina en la adolescencia y adultez temprana con una duplicación y hasta triplicación de muertes sobre todo por **causas violentas**. Primero aparecen los accidentes y, en los próximos años los suicidios y los homicidios, lo cual que mermará de forma muy importante la proporción de hombres durante las siguientes décadas (de Keijzer, 1998 y Barker, 2000). Esta diferencia se mantiene a pesar de las diferencias entre países en cuanto a las muertes violentas:

Aunque la tasa de mortalidad por homicidio en los Estados Unidos es diez veces mayor que en el Reino Unido y Japón, los hombres tienen un riesgo al doble de morir asesinados en los tres países (Owens, 2002).

Estudios desde la biología muestran que los humanos de sexo masculino comparten con los primates superiores esta mayor vulnerabilidad que las hembras tanto a morir violentamente a partir de la pubertad como a morir por enfermedades infecciosas y parasitarias aunque no aciertan a poder diferenciar si es por una mayor exposición al riesgo o por una inmunocompetencia (idem).

Los hombres, en México llegan a los servicios siendo niños y tienden a desaparecer de los salvo los servicios de urgencias) hasta que son viejos y con problemas mas difíciles de tratar (CNEGS, 2006). Este dato se corrobora en revisiones de la bibliografía internacional donde se muestra que las mujeres presentan una mayor morbilidad (medida tanto en la búsqueda de servicios – excluyendo la salud reproductiva - y en encuestas) contrastada con una menor autopercepción de parte de los hombres y una mayor resistencia de los mismos a pedir o buscar ayuda.

A partir de la adolescencia y en la etapa adulta el trabajo constituye un elemento central en el enfermar diferencial de mujeres y hombres. La división sexual del trabajo que aún permea a muchas ramas laborales en nuestro país influye en patrones de enfermedad y hasta de muerte diferenciales (Garduño, 2001). Las mujeres suelen llevar la doble carga del trabajo doméstico (gratuito, invisible, polivalente, repetitivo y subvalorado) y los hombres invariablemente desarrollan los trabajos físicos, mas pesados y, sobre todo, mas riesgosos para la salud y la vida.

Fenómenos como la migración (Bronfman, 1999), sobre todo la de trabajadores ilegales a los EU conllevan situaciones de enorme riesgo para los hombres – riesgos a los que rápidamente se están sumando cada vez mas los hombres jóvenes y mas recientemente mujeres que también migran en cantidades crecientes. Distintas lecturas del fenómeno migratorio encuentran otros elementos que se suman a la pobreza y falta de oportunidades como razón central para iniciar una larga y peligrosa migración hacia los EEUU. Desde una mirada de género, algunas científicas sociales detectan las formas en que una migración exitosa aumenta el capital simbólico de los hombres al verse como una nueva forma de heroísmo. Asimismo, su frecuencia en algunas comunidades rurales apunta a que la migración para muchos hombres jóvenes constituye actualmente una nueva modalidad de rito de pasaje.

El género también cruza la forma en que los hombres se acercan a la sexualidad, la reproducción, las relaciones de pareja y de familia. En el caso de la sexualidad esta se convierte en un reflejo de frecuentes inequidades y de una representación frecuentemente polarizada de lo que aún “deben” ser los hombres (conquistadores, activos, trasgresores) y las mujeres (recatadas, receptivas y vírgenes). Este modelo, si bien está cambiando con cierta rapidez, sigue influyendo muchas de las prácticas incluso entre jóvenes urbanos de ambos sexos donde aún hay una valoración profunda por parte de los hombres de la virginidad femenina (Amuchástegui, 2001).

La sexualidad es definitivamente un campo central en la comprensión de las identidades masculinas y femeninas juveniles con repercusiones diversas en la salud. Varios estudios en diferentes países dan luz acerca de la enorme diversidad en las prácticas sexuales de los hombres y mujeres y las formas en que tienden a estar siempre atravesadas por el eje del poder. La relación que establecen las y los jóvenes con la salud, la sexualidad y la reproducción va cambiando a lo largo del ciclo de vida. Mucha de la educación temprana recibida tiene que ver con lo que se conoce como “educación incidental”. Tómese como ejemplo, la clásica frase “Cuiden sus gallinas... mi gallo anda suelto”. Esta frase, emitida entre risas por adultos (y a veces, adultas) cae en oídos de niños y niñas de escasa edad. Al escucharla, sin saber porqué ellas tienen que cuidarse y ellos se saben portadores de algo peligroso.

Estas lógicas de género llevan frecuentemente al embarazo y la paternidad cargada también de significaciones:

la paternidad es una última prueba de la virilidad de un varón por que garantiza que puede fecundar a una mujer. Mientras sus hazañas sexuales existen solo en el relato y todo hombre es sospechoso de fanfarronear al respecto, un hijo es una demostración indudable de su potencia. Por ello es la última prueba total de virilidad y quien no cumple con ella despertará dudas. (Fuller, 2001, p. 435)

Un punto interesante es la presencia/ausencia de adultos (familiares y/o profesionales, en especial de la salud y la educación) en el proceso de educación sexual y reproductiva de los y las jóvenes. En este sentido resulta llamativo el gran debate que se produce entre los gobiernos, sus ministerios de educación, los padres de familia y organizaciones de la sociedad civil en torno a la dosis exacta de educación sexual que los y las jóvenes deben recibir, mientras amplios sectores de jóvenes, sobre todo los varones, se acercan a la sexualidad a través de los medios de comunicación, el internet y, en las comunidades rurales, el video porno traído por sus familiares desde la ciudad o los EEUU.

En algunos sectores sociales la maternidad sigue siendo uno de los pocos canales de legitimidad y movilidad social de las mujeres mientras que la paternidad en los hombres suele aparecer como una experiencia mas marginal aunque prestigiosa en sus historias de vida. Es curioso que los hombres involucrados en estos procesos de gestación estén prácticamente fuera de foco tanto en la investigación como en los programas preventivos. (Atkin) Los programas de salud, familia y educación que tiene que ver con esta problemática tienden aún a enfocar su preventivas baterías a las mujeres jóvenes. Es en este año que algunas personas del Ministerio de educación empiezan a preguntarse por saber mas y ver si se puede hacer algo con los hombres involucrados en los embarazos adolescentes.

La reproducción es un campo en el cual los hombres prácticamente no aparecen. En el análisis de los datos demográficos, centrados en las mujeres, pareciera que los hombres no se reproducen (Figuroa, 1998). Esto tiene múltiples correspondencias en nuestra cultura donde los hijos se asignan “naturalmente” al cuidado de las mujeres (“los hijos son de ella”). Los llamados, desde las Conferencias de Cairo y Beijing, a los hombres a participar en la salud reproductiva han contribuido al impulso del Programa Nacional de Vasectomía

en nuestro país, un esfuerzo que ha perdido cierta fuerza en los últimos años (Programa Nacional Hombres y Salud, 2002). (**Texto Bronfman**) ¿Qué es lo que explica que en países como Nueva Zelanda y Holanda sea más frecuentemente la vasectomía que la oclusión tubaria cuando en México apenas los vasectomizados constituyen un 5% del total de esterilizaciones permanentes? **Data Mexfam** Muchos estudios en hombres latinoamericanos muestran creencias que asocian la vasectomía con la castración, ergo, con la pérdida de la hombría. En algo que parece contradictorio, pero no lo es, hay hombres que si se mueven hacia la vasectomía como un ejercicio de equidad en el ámbito reproductivo (en la lógica de “ahora me toca a mí someterme a una intervención médica) mientras hay otros que también la aceptan como una forma de control de la sexualidad/fecundidad de sus mujeres (**Viveros**)

En otras latitudes, en cambio, la participación de los hombres en la salud reproductiva ha contribuido a la discusión en torno a su derecho de estar presentes en el parto o la legislación sobre licencia posparto o por enfermedad de los hijos. Esto, que es práctica común en Europa, sigue siendo una rareza en América Latina, salvo en Chile donde este derecho a la participación ya está en rango de ley. Casi la mayor parte del resto del contexto Latinoamericano siguen siendo insuficientes los esfuerzos para que la salud reproductiva sea realmente “cosa de dos”, como reza la propaganda.

Otra problemática donde los avances han sido limitados a lo largo del tercer mundo es la de la mortalidad materna. Este fenómeno se asocia a las condiciones de pobreza, aislamiento geográfico y carencias en los servicios y, en especial, a la capacidad de agencia de las mujeres, sobre todo en comunidades rurales e indígenas. .

Aunque en investigaciones ya se ha demostrado su importancia, no se ha valorado suficientemente, desde una perspectiva relacional el rol de los hombres en la toma de decisiones y la asignación de recursos para la búsqueda de ayuda médica y, por ende, tampoco el papel potencial que podrían jugar los hombres en una problemática que les concierne a ellos y a sus familias. Es claro que esto no se debe a la mala voluntad de los hombres sino por el fatalismo presente en su cultura y su ignorancia (quién les ha educado?) en cuanto a las señales de alarma en un embarazo y a la posibilidad real de prevenir las complicaciones y las muertes por lo mismo.

Así, el género tiene muchas implicaciones concretas en donde las representaciones incorporadas desde la cultura actúan con fuerza en la salud de mujeres y hombres:

¿Cuántos hombres con molestias que pueden corresponder a un cáncer de próstata seguirán con el desarrollo del tumor con tal de no buscar ayuda y someterse a un tacto rectal? (**Bronfman / 2º cancer**) Estudios en Gran Bretaña muestran que, como en México, las mujeres acuden a los servicios hospitalarios con mayor frecuencia y que los hombres tienden a acudir más tarde y a requerir por ello cirugías con mayor frecuencia (Seidler, 2001). **CA Pulmón**

El eje donde la masculinidad influye en la salud de las mujeres se actualiza en los cánceres reproductivos. Aún ahora infinidad de mujeres, sobre todo rurales o indígenas, además de lo que pueden significar la diferencia de acceso a los servicios, se ven limitadas

o impedidas para tomar acciones preventivas del cáncer cervico-uterino o mamario por sus propias representaciones en torno al cuerpo y/o la sexualidad, por la calidad de la atención y/o por el control y hasta abierta oposición de sus maridos.

La salud mental es también un reflejo de la socialización y la condición diferenciada entre hombres y mujeres. Aunque históricamente la medicina ha asociado la depresión con los trastornos hormonales de las mujeres, actualmente priva una perspectiva más psicosocial en donde el “malestar de las mujeres” se asocia con sus condiciones de subordinación dentro y fuera de la familia. La respuesta médica más frecuente, sobre todo de parte del sector salud, ha sido medicamentosa – la “tranquilidad recetada” planteada por Burin (1990) desde hace más de una década.

Por otra parte, los hombres frecuentemente tienen barreras de género para expresar su depresión y buscar ayuda – por ello es frecuente que la lleven hacia alguna adicción (al alcohol, a otras drogas o al trabajo). Los Centros de Integración Juvenil calculan una proporción de 7 a 1 en cuanto a los adictos a sustancias prohibidas y el tiempo en que los hombres buscan ayuda rebasa el promedio de los 5 años en mayoría de los casos (CIJ, 2001). Seguramente podemos suponer que existe una gran “demanda” insatisfecha en salud mental de los hombres en general con la contradicción de que los mismo no suelen “demandar” estos servicios, aunque los requieran de urgencia.

Aunque el consumo de alcohol aumenta claramente entre las mujeres jóvenes urbanas, las recientes encuestas muestran que el consumo bajo patrones de riesgo (más de cinco copas por ocasión) sigue siendo seis veces más alto en los hombres. En ambos sexos se da a edades cada vez más tempranas el consumo del primer cigarro o la primera copa. En el uso de drogas ilícitas la diferencia hombre mujer ha disminuido, aunque se mantiene a tres por uno. La única droga donde las mujeres tienen un uso mayor son las de prescripción médica... la “tranquilidad recetada” acuñada por Mabel Burín (ENA 2002, CONADIC, Burin).

Existen pocas problemáticas tan teñidas de género como la del **suicidio**: mientras en las mujeres se da un claro predominio del intento de suicidio (frecuentemente como acto desesperado para pedir ayuda) en los hombres esta tendencia es exactamente inversa – un predominio equivalente en el suicidio consumado (donde ni siquiera se es capaz de pedir ayuda) (INEGI, 2001).

La perspectiva de género y la lucha de las mujeres han permitido sacar a flote el problema de la violencia como producto de relaciones inequitativas de poder y lograr que sea considerado como un problema de salud pública. Es aún muy reciente este reconocimiento de este problema que afecta en especial a la mujer y a los hijos/as, siendo una carga epidemiológica equivalente a varios de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial (Heise, 1994).

El estudio de la condición de las mujeres evidencia las distintas formas en que esta violencia se manifiesta y sus consecuencias en las esferas de lo físico, lo mental y lo sexual. No están lejanos los tiempos en donde en los códigos civiles de varios estados en México se justificaba la violencia a esposas e hijas desde el “derecho de corrección” implantado

desde una concepción patriarcal de la familia. Es la misma mirada de género la que permite, mas recientemente, ver la posibilidad de que se aborde la violencia no sólo desde una forma relacional – trabajando a los hombres agresores – sino también en forma preventiva, atendiendo la socialización de niños y niñas y adolescentes de ambos sexos.

(Bonino y micromachismos – luego?)

Finalmente, no deja de ser interesante la constatación de Asunción de Lara (refer en texto original) de que las personas ancladas en los polos de los estereotipos de género gozan de una menor salud mental que las personas que ocupan lugares intermedios compartiendo (y disfrutando tal vez) de características que, finalmente son parte de lo humano pero que culturalmente han sido fijadas en un género u otro.

Hombres, resistencia y cambio

Con creciente frecuencia se está hablando en el contexto latinoamericano de la «nueva masculinidad», la «nueva paternidad» o, peor aún, del «masculinismo». La mayoría de los investigadores y facilitadores que trabajamos con varones hemos tomado distancia de dicha noción desconfiando de una nueva masculinidad única e instantánea. Hemos aprendido a valorar la necesidad de un proceso más largo de reflexión y de cambio profundo tanto a nivel subjetivo como en el plano cultural y político. Lo que sí puede observarse es el proceso de cambio más a nivel de conciencia práctica y negociación micro en pareja (Schmuckler, 1989) como respuesta, incompleta y tardía, al feminismo y las otras transiciones en marcha.

A veces pensamos el cambio, sobre todo en el ámbito del género, como algo a futuro cuando, con alguna frecuencia, ya hay antecedentes de equidad de género en la historia y en diferentes sectores. La posibilidad de cambiar aparece en las vidas de los sujetos y esto ocurre especialmente en épocas de transición o crisis. Las transiciones mas comunes en el ciclo de vida son la adolescencia, la inserción al trabajo, las relaciones de pareja, el primer embarazo e hijo/a yu, luego, puede ocurrir con la jubilación. Crisis como el desempleo, la enfermedad, el divorcio o el tocar fondo en una adicción o la violencia pueden ser disparadores de proceso de transformación. En todo momento entra en juego el dilema del cambio versus el apego a normas (de género y otras) que quedan como parte de los procesos de socialización.

En un trabajo de investigación cualitativa profundizo en esta dialéctica de cambio/resistencia en las vidas de hombres que se articulan a procesos de reflexión sobre su violencia, o procesos mas generales sobre la masculinidad.

Las tres preguntas formuladas son:

- cómo llega la posibilidad de cambio de sus vidas?
- en relación a qué problemáticas?
- y, la más difícil, por donde pasa o cómo ocurre dicho proceso de cambio?

El cambio o la diferencia con respecto a las normas de género vigentes suele ya estar presente en la socialización en la familia o en la escuela de los hombres lo cual, con frecuencia los hace “desadaptados” con relación a ámbitos mas amplios (redes sociales, instituciones). En el proceso de trabajo con hombres, siempre un porcentaje pequeño, pero apreciable relata historias de contacto íntimo en sus familias y la experiencia de vivir en un ambiente de no violencia y de relativa equidad de género. **Oxfam**

En cuanto a lo que ocurre en la dialéctica mas íntima del cambio estamos ante un terreno que es, quizás, el más complejo – mucho mas que el corporal, pero central en la comprensión del fenómeno y de la dinámica cambios/resistencia. Es difícil poder concebir un trabajo preventivo en adicciones, violencia, sexualidad o autocuidado si no es tomando en cuenta este nivel y desde una perspectiva de género.

Por ejemplo, la dificultad de verbalizar necesidades se articula con la esfera emotiva de los hombres. Aparte y producto de los procesos de socialización, existe una dimensión que subyace a las representaciones y prácticas de los varones en el terreno de la sexualidad, la reproducción y la paternidad. Me refiero a la dimensión de la salud mental, de la subjetividad o emotividad masculina. La construcción de la masculinidad no trata sólo de la generación de representaciones y prácticas sino también de una serie de presiones y límites en ciertas manifestaciones de la emotividad sobre todo relativas al miedo, la tristeza y, frecuentemente, hasta la ternura.
(mayor desarrollo)

Políticas de salud y cambio

Las escuelas (y las instituciones de salud) no se transformarán a partir de ellas; ni tampoco se transformarán si no entran y no aceptan el proceso de cambio. El proceso de cambio no puede dejar de venir de afuera, pero no puede dejar de partir de adentro. Es dialéctica la cuestión.

Paulo Freire (año y cita)

Es notoria la dificultad y lentitud cuando se trata del cambio no sólo de instituciones sino de políticas, aún en el supuesto de que hay una autoridad con voluntad política. De esto saben mucho las mujeres que han presionado por cambios por décadas. En las últimas décadas hemos asistido a esos proceso de cambio en diversas instancias. El cambio frecuentemente es una resultante de una dialéctica entre la experiencia institucional y la influencia externa, con frecuencia un brazo largo que viene a empujar desde conferencias internacionales como las de Cairo y Beijing que los gobiernos firman, sin que necesariamente se desaten modificaciones consecuentes en las políticas internas del país firmante. No pocas veces es al contrario, el cambio queda apenas como un moderno maquillaje discursivo que permite a los gobiernos mostrarse como modernos y actualizados.

Hay instancias que han ido descubriendo las capas que envuelven y sobredeterminan de distintas formas su quehacer. Un caso notorio es la IPPF que

evoluciona en su visión de planificación familiar (originado en programas de control natal) a descubrir al ámbito de la salud reproductivo, incluyendo conflictivamente el ámbito no solo de la salud sexual sino de la sexualidad misma junto con una mirada de género enfocada a las mujeres y, eventualmente a los hombres. Actualmente están muy activas reconociendo la influencia de problemas como la violencia no sólo en la salud reproductiva sino en la transmisión del VIH.

Proceso semejante viven los Centros de Integración Juvenil en México quienes tienen como misión prevenir y atender a jóvenes con alguna adicción con una mirada que se va ampliando al género, a la familia, a las articulaciones con la violencia.

Hay notables esfuerzos en la Secretaría de Salud en México para ir transversalizando en forma progresiva en las políticas y programas (PROMSA, 2002). Es importante que, al incorporar una perspectiva de género a programas esto se haga desde una mirada de construir relaciones de mayor equidad y no de reforzar inconscientemente estereotipos que apunten a lo contrario. Existen antecedentes de esto en antiguos programas de planificación familiar en México que invitaban a los hombres al son de “Si eres tan macho: planifica tu familia!” o un programa nacional en Zimbabwe donde el lema dirigido a los hombres fue el de “Tú estás en control”. En estos dos casos, vemos una invitación hacia los hombres a participar en la anticoncepción, pero desde una perspectiva que refuerza valores masculinos tradicionales y la inequidad de poder en la pareja. (**Conseguir imagen**)

Pero el cambio no sólo hay que pensarlo a nivel de las políticas o de los beneficiarios de las mismas. ¿Qué pasa con los y las trabajadoras de la salud?

Cursar cualesquiera de las carreras de salud – donde no sólo se entra en contacto con contenidos de salud sino con las consecuencias (a veces terribles) de la falta de autocuidado - ¿de qué formas impacta en el propio autoconocimiento, auto cuidado y la salud de las personas? ¿Que tanto nos permea el género también, no solo como trabajadores/as de salud, sino también como personas producto de procesos de socialización diferenciada?

Arenas (), analizando las contradicciones entre el saber y su puesta en práctica en personal de salud de un hospital civil en Cuernavaca, Morelos, demuestra cómo las prácticas de autocuidado en salud tienen que ver más con la socialización familiar temprana que con lo que luego aprendimos en la Universidad. Esto implica que como trabajadores y trabajadoras de la salud es importante que hagamos una reflexión sobre como el género está presente en nuestras propias representaciones y prácticas. Si existe una ceguera en relación con la propia vida, es lógico que esté presente esta ceguera de género en los servicios.

Profundizado en esta línea, el género ha estado presente también en la historia de la medicina, por ejemplo, en la distribución y reconocimiento de las profesiones. De hecho, el advenimiento de la medicina como profesión reconocida en las universidades del medioevo conlleva el progresivo desplazamiento de muchas prácticas populares llevadas a cabo por mujeres (parteras, yerberas, etc.) muchas de las cuales terminaron por ser juzgadas por la Inquisición Europea e incluidas en la quema de brujas (Ehrenreich, 1981 y Burin, 1991). Estos procesos de transformación aún no terminan – de hecho, el campo de la salud, en

especial la medicina, se está volviendo a feminizar, como ya lo ha hecho la psicología, aunque los estamentos de dirección suelen estar en manos de hombres.

¿Es posible pensar en la necesidad y posibilidad de una política de salud que aborde la especificidad de lo masculino en nuestros países? Esto corre el riesgo de aparecer como políticamente incorrecto cuando nuestros gobiernos apenas empiezan a aplicar la perspectiva de género a los programas dirigidos hacia las mujeres. Sin embargo, la perspectiva planteada de atender los problemas señalados tendría no sólo efectos sobre la salud masculina sino también sobre la femenina, por ejemplo, al disminuir los efectos de una muerte temprana en la familia, en la salud sexual y reproductiva, los estragos del alcohol y otras drogas o el grave impacto de la violencia en sus diferentes formas.

En México, para los hombres existen pocos programas. Tenemos el relativamente reciente Programa Nacional de Vasectomía donde, curiosamente, sí se da apoyo psicológico a los hombres que tienen temores y dudas (a diferencia de los programas de esterilización femenina). Hace diez años tuvo un impulso importante (y una aceptación relativa - **estadísticas**) y actualmente se ofrece el servicio con escasa promoción.

Es reciente la emergencia del interés y una creciente información sobre los problemas prostáticos. A pesar de esto, serán miles los hombres que mueran por este cáncer de avance relativamente lento con tal de no pasar por un examen prostático, interpretado por muchísimos como algo cercano a la “pérdida de la virginidad”. Aún menos se difunde sobre un proceso poco atendido, pero eso sí, con muchos nombres: la andropausia, viropausia, climaterio y hasta menopausia masculina (Hill, 1993; Diamond, 1999; Arber & Ginn, s/f). **Ver brofmann**

Desde hace varios años, surgen en la sociedad civil iniciativas que tienden a promover experiencias en problemas como la violencia intrafamiliar o la paternidad, desarrollando desde estrategias de atención a proceso de reflexión y campañas públicas dirigidas preferentemente a los varones. Varias de estas experiencias han influido y hallado eco en programas que luego emanan del sector público a nivel nacional y/o en los estados.

Más reciente son las iniciativas paralelas en el sector salud que apuntan a los hombres como un sector más específico y en temas que rebasan la salud sexual y reproductiva. Me refiero a mensajes y medidas en el contexto de PrevenirIMSS en la Seguridad Social y al programa “Los hombres estamos tomando medidas” de la Secretaría de Salud donde ya se da un acercamiento a las necesidades de género de mujeres y hombres a lo largo del ciclo de vida.

La alarma social es creciente respecto a las adicciones sobre todo masculinas, lleva a campañas aisladas con relación al consumo de tabaco que son poco efectivas contra la propaganda de las compañías tabacaleras, así como las leyendas no aptas para miopes en las botellas de licor, mientras las grandes transnacionales se han movido hábilmente a ligar su consumo con la juventud, el deporte, el éxito y la felicidad.

En síntesis, estamos muy lejanos aún de una política integral aunque fuera tan sólo dentro del campo de la salud sexual y reproductiva.

Trabajando con hombres: hacia una mirada preventiva

A pesar de constituir una perspectiva relativamente nueva en el continente, existe una cantidad creciente de programas que incluyen la experiencia de los hombres con relación a su sexualidad, su reproducción, su paternidad, su violencia o su salud. A nivel de gobiernos se van incorporando poco a poco algunos de los acuerdos y propuestas de las conferencias internacionales (ver anexo). Los programas de planificación familiar actualmente se denominan de salud reproductiva y muchos hablan abiertamente de incorporar la perspectiva de género. Sin embargo, es fácil constatar una brecha entre la incorporación del discurso y una práctica integralmente nueva incluso para las mujeres. En muchos casos la perspectiva de trabajar con varones sigue reduciéndose a incorporar el programa de vasectomía o impulsar el uso del condón.

Las propuestas de las conferencias internacionales y las necesidades que emergen de la investigación y de las experiencias en el campo apuntan hacia direcciones bastante similares en el trabajo práctico. Es claro que la perspectiva de trabajo con hombres se está ampliando rápidamente en cuanto a su potencial. Poco a poco se avanza hacia una perspectiva de género relacional e incluyente del fenómeno de la sexualidad.

Probablemente el trabajo más interesante se está dando desde la órbita de las organizaciones civiles que, a pesar de contar con una cobertura y recursos menores, alcanzan a desarrollar programas innovadores aplicados con los sectores poblacionales con los que tienen influencia. Varias de estas experiencias cuentan con apoyo o se hacen en conjunto con instancias gubernamentales. Entre las experiencias más sobresalientes podemos mencionar los proyectos de educación sexual y reproductiva dirigidos a varones en el contexto de programas que originalmente trabajaban sólo con mujeres y que, a petición de ellas, se abren espacios para sus esposos, sus hijos y sus autoridades. Es el caso de ReproSalud -un vasto proyecto dirigido a la población rural andina que está obteniendo logros muy interesantes al trabajar con ambos sexos (Rogow, 2000).

A modo de ejemplo de este tipo de esfuerzos presento un trabajo enfocado a un sector de la población al cual prácticamente no se le aborda en salud y mucho menos desde una mirada de género: los hombres jóvenes.

El Programa H/M: trabajando con hombres y mujeres jóvenes

Este trabajo, con un potencial preventivo enorme, busca llamar la atención a la necesidad de una perspectiva más amplia que de cuenta de la compleja realidad que los y las jóvenes enfrentan cotidianamente tanto en salud como en otros aspectos de sus vidas. El planteo básico es que no podemos seguir atendiendo a las y los jóvenes si no es desde una mirada integral de su proceso salud/enfermedad/atención y desde una perspectiva de género, entendiendo las especificidades de las mujeres y de los hombres.

A los jóvenes en general y a los y las adolescentes en particular se les ve como un grupo etéreo frecuentemente sin reconocer las grandes diferencias de lo que ocurre en los hombres y las mujeres, así como otras especificidades que pueden dar la clase social, la región, la etnia y la orientación sexual. El ser mujer joven u hombres joven supone riesgos

específicos distintos aunque frecuentemente articulados entre sí. La salud de los y las jóvenes es una auténtica tierra de nadie en el sector salud que `n da una enorme prioridad a la prevención en la infancia. Los jóvenes ya están muy viejos para ser vistos por un pediatra y no son atendidos en forma integral por las diferentes especialidades que atienden a los adultos.

Una perspectiva integral es muy necesaria para entender y apoyar adecuadamente a las y los jóvenes – una perspectiva que entienda, por ejemplo, la reproducción desde la sexualidad. Una perspectiva que incluya también la salud mental. Una visión de salud mental permite trazar puentes entre las múltiples vivencias y problemáticas que los y las jóvenes viven, por ejemplo, la articulación entre la violencia y ciertas consecuencias en la salud sexual y reproductiva o el papel del abuso de sustancias en un embarazo no deseado o en la falta de protección ante el Vih-sida.

A partir de este tipo de diagnóstico se presenta al Programa H/M un esfuerzo colaborativo binacional construido desde 1998, entre Salud y Género y tres organizaciones brasileñas expertas en el trabajo con jóvenes (el Instituto Profundo, el Instituto Papai y ECOS).¹ El impulso original de esta alianza es la preocupación por la ausencia de modelos, programas y materiales dirigidos desde una perspectiva de género hacia el cuidado y la prevención de la salud en hombres jóvenes. A lo largo de nuestro continente, los hombres jóvenes siguen siendo socializados de tal forma que se convierten en factor de riesgo hacia sí mismos y hacia otros hombres y mujeres jóvenes.

El proceso dio inicio con el 1er seminario Latinoamericano: *Trabajando con hombres jóvenes: Salud, sexualidad, género y prevención de la violencia*, realizado en la ciudad de Querétaro, México con presencia de instituciones gubernamentales, civiles y académicas. A partir del seminario se lanzó la Iniciativa binacional: *Programa H²: Trabajando con hombres jóvenes* (2005) bajo la cual se conjuntó la experiencia y expertez de cada una de las organizaciones en el diseño y tiraje de 4 manuales con técnicas dirigidas a las personas que trabajan con jóvenes en los siguientes temas:

- *Sexualidad y salud reproductiva*
- *Maternidad, paternidad y cuidado*
- *Salud mental y vida emotiva*
- *De la violencia a la convivencia*

A petición de la OPS y reconociendo el rol central de los hombres jóvenes en la pandemia del VIH-SIDA, se diseñó un quinto cuaderno: *Viviendo y conviviendo con VIH-SIDA*.³ Como consecuencia lógica de estos esfuerzos, durante el año 2004 ya estamos desarrollando con esta misma alianza, más World Education, el *Programa M⁴: trabajando*

¹ Dicha alianza contó con el auspicio y apoyo financiero inicial de la IPPF (Federación Internacional de Planeación Familiar) y la Organización Panamericana de la Salud.

² H significando Hombre.

³ La segunda edición de estos manuales en México corrió por cuenta de la Secretaría de Salud con fondos de PNUD.

⁴ M por Mujer

con mujeres jóvenes que apunta a trabajar desde esta perspectiva relacional con las mujeres jóvenes desde una perspectiva de salud, riesgo y empoderamiento.

A la fecha, la estrategia de trabajo con hombres jóvenes se está impulsando en Brasil, México, Centroamérica, así como en Asia (Nepal, India y Tailandia) y Sudáfrica. Está culminando un proceso de evaluación de impacto que permitirá la comparación entre tres países. Algunos resultados que emergen del estudio en Brasil muestran avances tanto en aspectos de equidad de género como en el autocuidado en salud, aunque son desalentadores en cuanto a la homofobia.

En el caso de México los contenidos son el eje del Diplomado en Género y Salud auspiciado por instituciones académicas. La difusión del mismo está centrada en la formación de trabajadores de la salud y de la educación con miras a un efecto multiplicador hacia otros profesionales y aplicativo al trabajo con jóvenes tanto es un espacio de atención individual como en situación grupal.

A modo de cierre

Hemos planteado al género como una categoría que nos permite analizar muchas de las diferencias en los procesos de salud-enfermedad de mujeres y hombres. Asimismo, nos da elementos preventivos en relación a la socialización que deben ser incluidos en los programas de educación y promoción de la salud. La perspectiva de género no nos va a explicar todo, pero nos permitirá una mirada más compleja y completa no sólo de las necesidades específicas de las mujeres y los hombres, sino de las consecuencias de múltiples costos y desigualdades que hay que atender.

Finalmente, la perspectiva de género constituye un potencial regalo a los hombres – digo potencial porque en su mayoría no están abiertos para recibirlo. Mirarnos desde la construcción de género es un reto serio y, sobre todo una gran oportunidad para construir relaciones más equitativas y placenteras.

- Amuchástegui, Ana (2001), *Virginidad e iniciación sexual en México*, EDAMEX y Population Council, México.
- Arber, S. & Ginn, J. (si f). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Madrid.
- Barker, Gary (2000), *¿Qué ocurre con los muchachos?*, OMS, Ginebra.
- Bonino, Luis (1995). *Micromachismos: la violencia invisible en la pareja*. En: Corsi J. *Violencia Masculina en la pareja*. Buenos Aires: Paidós.
- Bronfman, Mario y Rubin, Jane (1999), “Comportamiento sexual de los migrantes mexicanos temporales a Los Angeles: prácticas de riesgo para la infección por VIH, en Figueroa C., Beatriz, *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*, Colmex y Somede, México.
- Burin, Mabel y colaboradoras (1990), *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós.

- Caine, W & Garfinkel, P. (1996). *The male body: an owners manual*. Pennsylvania: Rodale Press.
- Centros de Integración Juvenil (2001), Subdirección de Investigación, *Estudios epidemiológicos del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ, 1990-200*, México, D.F.
- *Deutschendorf, H. (1996). Of Work and Men. Mlinneapolis: Fairview Press.*
- de Keijzer, Benno (1998), "La masculinidad como factor de riesgo", en Tuñón, Esperanza, en *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y U. A. de Tabasco, Villahermosa, México.
- de Keijzer, B. (2003) "Los hombres ante la salud sexual reproductiva: una relación contradictoria" en Bronfman, M. y Denman, C (eds.) *Salud reproductiva. Tema y debates*. INSP, México.
- De Keijzer, Masculinities, resitance and change, OXFAM ()
- Diamond, J. (1999). *La menopausia masculina. Cambios físicos y psicológicos en la edad madura*. Madrid: Paidós.
- Ehrenreich, B.y T English, D. (1981), *Brujas comadronas y enfermeras*, Barcelona, Ed. La Sal.
- Figueroa, Juan Guillermo (1998), "La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones" en Susana Lerner (ed.), *Varones, Sexualidad y Reproducción*. El Colegio de México, México.
- Garduño, Ma. de los Angeles (2001), "Determinación genérica de la mortalidad masculina", en *Salud problema*, UAM-Xochimilco, México.
- Heise L, Pitanguy J, Germaine A. (1994), *Violence against women: the hidden health burden*. World Bank Discussion Paper Nr. 255, Washington DC. 1994.
- Hemández Bringas, H. (1989). *Las muertes violentas en México*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002) "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema" en *Salud Pública de México*. Vol. 44, no.6, nov-dic.
- Hill, A. (1993). *Viropause/ Andropause, The Male Menopause, Emotional and Physical Changes Mid-Life Men Experience*. New Jersey: New Horizon Press.
- Hofbauer Balmori, H., Sánchez-Hidalgo, D., Zabadúa Yáñez, V. (2002) *Presupuestos sensibles al género. Conceptos y elementos básicos*. SSA, México, D.F.
- Huerta Rojas, F. (1999). *El juego del Hombre. Deporte y masculinidad entre obreros*. México: Plaza y Valdes/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Huggins, A. K (1996). *A Report on Men's Health Westem Australia*. Curtin University of Technology;
- INEGI (2001), *Mujeres y hombres en México*, Aguascalientes.
- Kaufman, M. (1987) *Hombres, poder placer y cambio*. Dominicana: CIPAF.
- Kimmel, Michael (1992), "La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes", en *Fin de siglo: género y cambio civilizatorio*, Ediciones de las Mujeres, no. 17, Isis Internacional, Santiago, Chile.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol*. México: CNCA y Grijalbo.
- Nuñez, G. (1994). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*. México: El Colegio de Sonora.
- PROMSA(2002), *Programa de Acción. Mujer y Salud*, Secretaría de Salud. México, D.F.

- Rodríguez, G. & de Keijzer, B. (2001). *LA noche se hizo para los hombres*. México: Edamex y Population Council.
- Rogow, D. (2000). *Alone you are nobody, together we float: The Manuela Ramos Movement, Serie Quality*. Nueva York: the Population Council.
- Sabo, D. & Gordon, F. (Eds.). (1995). *Men 's health and illness: gender power and the body*. California: Sage.
- Schmuckler, B. (1989). *Negociaciones de género y estrategias femeninas en familias populares*. *Revista Paraguaya de Sociología*, año 26(74).
- Seidler, V. (1992). *Los hombres heterosexuales y su vida emocional*. *Debate Feminista*, año 6, México, DF.
- Secretaría de Salud (2002), *Programa Nacional Hombres y Salud*, México, D.F.
- Viveros, M. (1997). *Pa' bravo... yo soy candela, palo y piedra. Los quibdoseños*. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades*. Santiago de Chile: Santiago de Chile.
-