

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FLACSO - Argentina
Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas

Maestría en Género, Sociedad y Políticas Públicas

Tesis de Maestría

**“Construcción y ejercicio de las masculinidades:
su impacto en la salud de varones urbanos
de Córdoba, Argentina”**

Maestranda: Lic. Norma Graciela Soria

Directora de tesis: Dra. Débora Tajer

Noviembre de 2011

Índice General

Agradecimientos	5
Introducción	6
Encuadre Referencial Teórico Investigativo	
Sistema patriarcal y masculinidades	10
Modos de subjetivación de género masculino y salud	12
Sistemas de atención en salud y perspectiva de género	14
Procesos de reformas en los sistemas de salud en Córdoba, Argentina	18
Relación entre salud y masculinidades. Indicadores sanitarios	20
Espacios y Organizaciones que trabajan en masculinidades	26
Proceso Metodológico	
Tipo y diseño de investigación	33
Diseño y criterio muestral	33
Instrumentos de recolección de la información	34
Proceso de investigación y análisis crítico	36
Información relevada en relación a Masculinidades y Salud	
Identificación general de los entrevistados	38
Relaciones afectivo-sociales	44
Socialización en masculinidades y sexualidades	50
Condiciones de salud de los varones- Recorridos y experiencias en centros, instituciones y con profesionales de la salud	61
Análisis General	
Modos de subjetivación masculina y procesos de salud- enfermedad- atención	73
Modalidades de utilización de servicios de salud por los varones	76
Malestares en los Varones	78
Conclusiones	82
Recomendaciones	85
Referencias Bibliográficas	89
Anexos	
Nº 1: Modelo de entrevista	96
Nº 2: Modelo de Consentimiento Informado aplicado	110
Nº 3: Modelo de procesamiento de información de campo según variables	111

Índice de cuadros:

Cuadro N° 1: Índices: IDG – IPG. América Latina. Año 2009	21
Cuadro N° 2: Esperanza de vida al nacer (en años). Argentina 2000-2008	23
Cuadro N° 3: Esperanza de vida al nacer (en años). Córdoba. 2000-2001	23
Cuadro N° 4: Mortalidad en varones y mujeres según causa. Argentina. 2008	24
Cuadro N° 5: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo-Córdoba 2005	25
Cuadro N° 6: Características generales de los varones consultados. 2010	37
Cuadro N° 7: Ingresos del grupo familiar	40
Cuadro N° 8 Sistemas de atención en salud. Varones adultos. Córdoba 2010	42
Cuadro N° 9: Conformación de los hogares familiares	45
Cuadro N° 10: Cantidad de hijos/as y deseo de los varones	46
Cuadro N° 11: Métodos anticonceptivos que conocen los varones adultos	57
Cuadro N° 12: Índice de Masa Corporal	61
Cuadro N° 13: Resultados de encuesta de frecuencia alimentaria	65

“¿Cómo hacer para avanzar en la igualdad entre los sexos sin amenazar las relaciones de mujeres y hombres?.

Hay una complacencia en la idea de que el hombre es en todas partes un opresor, un tirano, incapaz de evolucionar.

Encuentro esta generalización falaz y contraproducente...

El objetivo de la igualdad entre los sexos debe perseguirse con el concurso de los hombres. Se trata de hacerles ser conscientes de una situación injustificable moralmente que exige un cambio por su parte.

El proceso es largo, porque implica una evolución de la mentalidad masculina, pero es el único posible. Sin esto, estamos ante la guerra de sexos que nadie quiere.

El hombre no es un enemigo a batir.

Pienso que lo que nos une es más fuerte que lo que nos distingue”.

(Badinter, E. 2003)

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Débora Tajer, profesora y Directora de mi tesis, por acompañarme y enseñarme en este camino transcurrido.

A Pablo, compañero de la vida y del amor e impulsor de mis motivaciones.

A Juana, que comparte desde que nació a su mamá con esta tesis.

A mi gran amiga María José, compañera de estudios y de la vida.

A todas y todos los que me ayudaron y asistieron con sus conocimientos y saberes en este proceso.

A los trece varones que pudieron compartir sus palabras, sus miradas, sus pensamientos y sentires en las entrevistas, por su compromiso, interés y participación.

INTRODUCCIÓN

El problema de investigación seleccionado llama la atención acerca de la necesidad de tomar conocimiento de las consecuencias para la salud de los varones de las inequidades de género en los procesos de socialización, que impactan en su situación de salud y en los procesos de atención en salud.

La idea es explorar la construcción de los diversos modos de subjetividad masculina desde la perspectiva de género con el objeto de identificar y analizar como impacta en los procesos de salud-enfermedad-atención de los mismos como colectivo.

El estudio de las masculinidades no puede desvincularse de la categoría de análisis género, la cual se refiere a las cualidades cultural y socialmente construidas que distingue a varones de mujeres, categoría de carácter relacional, es decir que hablamos del proceso de constitución y construcción de los varones hacerse hombres, así como del proceso simultáneo de ser y hacerse mujeres.

Si bien el hombre siempre ha estado presente en gran parte de la bibliografía feminista en calidad de miembro del patriarcado¹, hace unos años que se genera una corriente orientada a entender a los hombres desde su situación y condición de género; constituyéndose las masculinidades en todo un campo de estudio dentro de los estudios de género. (De Keijzer, 2001)

El reconocimiento del derecho a la salud como derecho humano fundamental, implica la necesidad de conocer y modificar las inequidades de género que vulneran su ejercicio; siendo uno de los objetivos de la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud promovidos por la Organización Panamericana de la Salud.

El modelo de masculinidad tradicional hegemónico (Connell, 1995), impone toda una serie de valores, mandatos, y prácticas que son transmitidos a través de los procesos de socialización primaria (familias) y secundaria (instituciones), y que requieren de diversos mecanismos para su mantenimiento y consolidación a lo largo de toda la vida.

Los procesos de sociosubjetivación masculinos constituidos de acuerdo a los patrones de género hegemónicos, sobre la base de la inequidad entre los géneros, construyen modos específicos de vivir, enfermar, consultar y morir. Los varones

¹ Tipo de organización social y política en la que el varón ejerce la autoridad en los diversos ámbitos, y en el que la familia es una de las instituciones básicas de este orden social.

perciben, enfrentan, y buscan solución a sus problemas de salud de una manera específica, diferente a las mujeres.

La categoría género es un concepto relacional, que comprende un tipo de relación entre los géneros y sus diversidades; relación básicamente de diferencia de poder, de recursos, de autonomía en las decisiones y de acceso a oportunidades. Relación que no es la misma según el momento histórico, el contexto político, económico, cultural y social.

El género considerado como determinante social de la salud, incorpora el modo en que las asimetrías sociales determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención tanto de los varones como de las mujeres. Los niveles en los que la diferencia entre los géneros se transforma en inequidad en salud son: la distribución de los riesgos y el relevamiento de necesidades en salud, los mecanismos y modelos de atención, el tipo de cobertura y financiamiento, la formación y trabajo cotidiano de los recursos humanos y la gestión y la toma de decisiones. (Tajer, 2004)

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios. La expresión determinantes sociales resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (OMS- CDSS, 2008)

Para avanzar en una agenda de la salud como derecho con perspectiva de género es importante incorporar a los varones como colectivo tanto para pensar sus problemas específicos como género en el proceso salud-enfermedad-atención, así como para valorar el modo en que sus conductas y/o acciones pueden ocasionar daños en la salud de las mujeres y niños/as. (Tajer, 2004)

La equidad de género no significa que mujeres y hombres vivan y enfermen igual sino trabajar en la eliminación de las diferencias entre ellos que puedan ser evitadas, y sus causas prevenibles. Tampoco la equidad en la atención significa que hombres y mujeres deban recibir cuotas iguales de recursos y servicios, sino que sean adecuados a las diferentes necesidades de cada uno y su contexto. (Gómez Gómez, 1998)

El interés central de este estudio es investigar cómo los varones transcurren sus procesos de salud- enfermedad- atención, en relación a como fueron construyéndose como varones y ejercitando sus masculinidades, y conocer cómo el género define y

condiciona dicho proceso, además de la inserción laboral y la posibilidad de accesibilidad sanitaria.

La población en estudio, objeto de conocimiento, está conformada por trece varones, entre 30 y 50 años, domiciliados en la Provincia de Córdoba, Argentina, los cuales cuentan con actividad laboral, integrando en general el sector social de ingresos medios o clase media, y con servicios de atención en salud a través del sistema de obra social o prepagas.

Las preguntas de investigación que guían este estudio son: *¿cómo influyen los modos de subjetividad masculina en la relación de los varones con su proceso de salud-enfermedad-atención?*, y *¿cómo se expresan los diferentes grados de adhesión al modelo de masculinidad hegemónica?*

Interesa conocer de los varones: ¿cómo consultan?, ¿cuándo consultan?, ¿qué relación establecen con sus malestares y dolores?, ¿qué vivencias se constituyen en riesgos para su salud, la de otras y otros?, y ¿qué acciones promotoras de salud desarrollan?.

Los objetivos que guiaron el proceso fueron:

- Conocer los mensajes, valores, mandatos y enseñanzas que los varones urbanos actuales de entre 30 y 50 años, con inserción laboral de la Provincia de Córdoba, recibieron a lo largo de su vida respecto a su salud.
- Identificar las situaciones o hechos que estos varones consideran como malestares en su vida actual, y los mecanismos a través de los cuales son expresados.
- Conocer las modalidades de utilización de servicios de salud por parte de los varones adultos.

El interés también es identificar necesidades particulares e inequidades en los varones y su proceso de salud-enfermedad-atención.

A través de este estudio se pudo tomar contacto con los varones, conocer sus opiniones, conceptos, y observaciones acerca de diversos temas relacionados a masculinidades y salud.

Este trabajo de tesis incluye como parte del Encuadre Referencial Teórico Investigativo ejes temáticos que se consideraron necesarios para abordar el tema en estudio: sistema patriarcal y masculinidades, modos de subjetivación de género masculino y salud, sistemas de atención en salud y perspectiva de género, procesos de reformas en los sistemas de salud en Córdoba, relación entre salud y masculinidades,

indicadores sanitarios y reseña de espacios y organizaciones que trabajan en masculinidades.

Se incluye apartado que expresa el Proceso Metodológico llevado a cabo, centrado en un estudio de tipo cualitativo pero integrando herramientas de estudios cuantitativos.

El bloque central del estudio consiste en la sistematización de la información obtenida a través del trabajo de campo, y comprende cuatro puntos principales: identificación general de los entrevistados, relaciones afectivo-sociales, socialización en masculinidades y sexualidad, condiciones de salud en los varones y recorridos y experiencias en centros, instituciones y con profesionales de la salud.

En Análisis General se incluyen tres módulos basados en el interés central de este estudio y en los objetivos de investigación: los modos de subjetivación masculina y procesos de salud-enfermedad-atención, los malestares en los varones, y las modalidades de utilización de servicios de salud por los varones.

Por último, Conclusiones y Recomendaciones de acuerdo a lo estudiado y que se consideran importante compartirlas.

En la sección Anexos se incluye: el modelo de entrevista aplicado, el modelo de consentimiento informado aplicado y el modelo de procesamiento de información de campo según variables.

ENCUADRE REFERENCIAL TEÓRICO INVESTIGATIVO

Sistema patriarcal y masculinidades

Desde hace miles de años vivimos en gran parte del mundo en sociedades patriarcales, es decir sistemas socioculturales en donde la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los niños dentro de la familia y en la sociedad en general, ocupa uno de sus ejes centrales.

Lo masculino en la cultura patriarcal implica poder político, económico y social tanto en la vida pública como en la privada. La masculinidad posee un elemento clave que es el poder, el hombre debe tener y ejercer poder, y debe ejercerlo sobre sí mismo, y sobre los otros, y especialmente sobre las mujeres. (Kimmel 1992; Kaufman 1997)

Las estructuras de dominación masculina son el producto de un trabajo continuo e histórico de reproducción, asegurado por tres instancias principales, la familia, la iglesia y la escuela.

Al decir de Bourdieu (2007), la familia es la que asume sin duda el papel principal en la reproducción de la dominación y de la visión masculina, en la familia se impone la experiencia precoz de la división sexual del trabajo.

La iglesia por su parte, habitada por una profunda misoginia, reproductora de una visión pesimista de las mujeres y de la feminidad, inculca una moral profamiliar, enteramente dominada por los valores patriarcales, especialmente por el dogma de la inferioridad natural de las mujeres.

La escuela, sigue transmitiendo los presupuestos de la representación patriarcal basada en la homología entre la relación hombre/mujer y la relación adulto/niño, con sus estructuras jerárquicas y connotaciones sexuales, con modos de pensamiento arcaico y un discurso oficial que tiende a restringir la autonomía de la mujer. Pero al mismo tiempo es uno de los principios más decisivos del cambio entre los sexos por las contradicciones que la atraviesan y a las que introduce. (Bourdieu, 2007)

El concepto Género comprende toda una serie de atributos y funciones que van más allá de lo biológico/reproductivo, y que incluye los modos de sentir, pensar, conductas, valores, actitudes; contruidos social y culturalmente, que son adjudicados a la diferencia sexual. La categoría género se refiere a las relaciones desiguales entre varones y mujeres, que determinan inequidades, es un concepto básicamente relacional.

La socialización entonces es el proceso cultural, complejo y detallado de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo que difiere de acuerdo a si se trata de mujeres o de varones.

Tradicionalmente la mujer fue socializada en general en el ámbito familiar, en su casa, y principalmente por la madre. El hogar fue el reino de lo femenino, el mundo cerrado, privado, propio de la mujer y al servicio de los demás.

Por su parte, la subjetividad masculina se adquiere en un proceso de diferenciación con la madre y todo aquello que sugiera el mundo femenino. Los varones en general son eyectados del mundo familiar, y un ámbito fuerte de socialización para ellos son sus grupos de pares, y la calle. (Gilmore, 1994)

No es dentro del hogar donde pueda pensarse la masculinidad desde un modelo patriarcal y hegemónico, sería sospechoso el hombre que prefiere quedarse en la casa, convirtiéndose el hogar en un sitio amenazante para los hombres. Tal vez esto explique que desde temprano los niños salen a la calle de un modo que no lo hacen las mujeres. La calle es el ámbito privilegiado de acción, la calle representa el mundo de lo inesperado, del reto, del peligro potencial en donde podrán los hombres demostrar, enfrentando esos peligros y retos, que han dejado de ser niños y que son hombres. (Fuller, 1997; Viveros 2002)

Al conjunto de atributos, valores, funciones, y conductas que se suponen esenciales a los varones, se lo llama Masculinidad. Kimmel (1992), sostuvo que las definiciones de masculinidad cambian constantemente y que se construyen socialmente cambiando de una cultura a otra, en una misma cultura a través del tiempo, durante la vida de un hombre y entre diferentes grupos de hombres de acuerdo a su clase, raza, grupo étnico, y preferencia sexual.

La masculinidad es una conquista diaria y una posesión que debe lograrse, mantenerse y requiere ser reafirmada y demostrada de manera constante. (Kaufman, 1997; Kimmel, 1992)

Tradicionalmente los hombres se hacen hombres a través de un penoso proceso pero también de la llamada *educación del privilegio*, el varón recibe desde temprano la idea de que él es importante por el solo hecho de ser varón, recibiendo trato diferenciado a las mujeres, y teniendo menores restricciones y responsabilidades.

Si las mujeres sometidas a un trabajo de socialización que tiende a menoscabarlas, a negarlas practican el aprendizaje de las virtudes negativas, de abnegación, resignación y silencio, los hombres también están prisioneros y son

víctimas subrepticias de la representación dominante. Al igual que las tendencias a la sumisión, aquellas que llevan a reivindicar y a ejercer la dominación no están inscritas en la naturaleza y están construidas por un prolongado trabajo de socialización o sea de diferenciación activa en relación con las mujeres. (Bourdieu, 2007)

Este modelo de subjetivación patriarcal y hegemónico, continúa influyendo de diversas formas, condicionando la socialización de los varones, y la relación que los mismos establecen con su salud, su enfermedad y los procesos de atención.

Los cambios sociales, políticos y económicos ocurridos en las últimas décadas conforman un escenario donde coexisten modelos tradicionales con prácticas nuevas y representaciones de lo que significa ser hombre. Muchos de esos cambios han producido modificaciones en la organización intrafamiliar, transformando roles y relaciones al interior de las familias, poniendo en cuestión el rol de proveedor y protector asignado a los hombres, y dando lugar a nuevas y múltiples formas de masculinidad, y que contribuyen a que el modelo tradicional de lo que significa ser un varón comience a presentar grietas y surjan nuevas *masculinidades*.

Existen en la actualidad diversas modalidades de subjetivación masculinas que promueven la incorporación de otros valores y la participación de los varones de una manera más saludable y enriquecedora tanto para ellos como para sus vínculos afectivos y sociales en la vida familiar y que permite una relación más cercana y de cuidado hacia su cuerpo, su salud y su vida.

Modos de subjetivación de género masculino y salud

El Modelo Hegemónico de Masculinidad prescribe para los varones, valores como la autosuficiencia, el riesgo, la omnipotencia, y la represión emocional, lo cual tiene relación directa con los trastornos que sufren en general los varones adultos: accidentes de tráfico, alcoholismo, sida, drogadependencia, suicidios, enfermedades y muertes precoces relacionadas con el estilo de vida (coronariopatías y ciertos cánceres). A la vez desmerece valores tales como la prudencia, el autocuidado, y la sexualidad responsable.

Desde ese modelo el varón se considera con mayor autoridad y poder frente a las mujeres, niños y niñas, y se promueven valores como el sexismo y el machismo, generando violencia en diversas formas y con graves daños integrales a la salud de otras, de otros y de los varones mismos.

En lo que respecta a la relación entre varones son destacados valores tales como la heterosexualidad, la competitividad, la puesta a prueba, la confrontación, el riesgo, así como la violencia, que es considerada como un recurso válido para comunicarse o para resolver los conflictos. Consecuencias que responden a este modelo son: alta tasa de heridas y muertes por peleas entre varones, así como la morbilidad producto de la homofobia.

El sistema de creencias homofóbico constituye uno de los principales estructurantes de la cultura patriarcal, constituyéndose la misoginia y la homofobia en mecanismos reguladores de la identidad masculina.

Es en la adolescencia cuando la masculinidad hegemónica adquiere su expresión más remarcada y peligrosa, en tanto que es en esta etapa cuando los adolescentes estarán dispuestos a enfrentar todos los riesgos y actitudes temerarias que le darán significado a la palabra masculinidad tratando de reafirmarla, lo cual se articula con rasgos típicos de la edad como la no conciencia de riesgos y la falta de representación del peligro de vida propia.

El concepto de *modos de subjetivación de género* aportado por la articulación entre los estudios de género y el psicoanálisis, permite visualizar cómo la temprana conformación de los valores, exigencias, legitimaciones, modalidades de despliegue pulsional, estándares de autoestima diferenciales para varones y para mujeres, ligados a los modos diferenciales por género en la construcción del psiquismo, tiene efectos en el proceso salud-enfermedad-atención de los/as sujetos/as pertenecientes a cada uno de los colectivos genéricos. (Tajer, 2009)

Débora Tajer retomando y sistematizando trabajos de diversos/as especialistas cita tres modalidades de subjetivación masculina en la actualidad: tradicional, transicional e innovador.

Los *modos de subjetivación de género masculino tradicional*, promueven para la masculinidad valores tales como la provisión y sostenimiento económico de la familia, la asimetría en las relaciones de género, y la subjetividad centrada en el dominio y en el ejercicio de poder. Ser hombre desde este modo de subjetivación tiene que ver con ser trabajador, proveedor y respetuoso.

Los *modos de subjetivación masculinos transicionales* conservan valores del modo tradicional del varón público proveedor pero acepta y valora que sus parejas mujeres trabajen también. Incorporan la afectividad y la cercanía cotidiana en la construcción de los vínculos familiares y de pareja.

Los *modos de subjetivación masculinos innovadores*, consideran a la conyugalidad, la paternidad y el éxito en el mundo público como una opción y no como una prerrogativa en la construcción de su subjetividad. Existe una amplia gama entre estos modos de subjetivación, estos varones se encuentran en proceso de lograr mayores niveles de cuidado tanto de sí mismos como de sus seres queridos. Perciben su cuerpo como algo propio, con ideales de cuidado en relación con la salud y la estética, sigue presente la construcción de la masculinidad ligada al riesgo pero más atenuada, con valoración de la exploración, registro del cansancio, y coexisten en estos sujetos representaciones del cuerpo como máquina pero también del cuerpo para el placer y el juego. (Tajer, 2009)

Sistemas de atención en salud y perspectiva de género

Las dos líneas de conceptualización y búsqueda de solución a los problemas que plantea la salud, surgidas en la Europa renacentista y moderna, las cuales constituyen dos alternativas coexistentes en el campo médico-científico actual, pueden ser consideradas como alternativas, complementarias o excluyentes, al decir de Saforcada (2001), y se trata del *modelo clínico* y el *modelo sanitarista*.

El modelo clínico está centrado en la enfermedad como entidad abstracta, desconectada de la realidad contextual. Menéndez (2005), denomina a este modelo de atención en salud como *médico hegemónico*, el cual determina un tipo de práctica técnica y social basada en el biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualismo y participacionismo subordinado. Propone una práctica reparatoria, curativa e individual y en donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en consideración.

El modelo médico desde esa perspectiva cumpliría cuatro funciones básicas: curativo-preventiva, normalizadora, de control, y de legitimación. La curativo-preventiva es la más reconocida, relevante, y con la que se asocia la práctica médica. Las otras tres funciones se manifiestan a través de la primera, el trabajo médico necesita normalizar para actuar y requiere controlar para ser eficaz. (Menéndez, 2005)

El modelo sanitarista plantea que la medicina es una ciencia social, y que cada ser humano constituye una entidad bio-psico-socio-cultural-económico-político. Está orientado hacia la protección y promoción de la salud entendiéndola como un emergente

de la dinámica y el equilibrio ecológico humano, y a la prevención primaria de la enfermedad, tomándola en cuanto a su dimensión y naturaleza sociales. (Saforcada, 2001)

Este modelo implica una expansión en el poder explicativo y en la capacidad resolutoria de los problemas pertinentes, dado que incluye los logros de la medicina individual-reduccionista resignificándolos al integrarlos en contextos más amplios, las dos grandes dimensiones de lo económico/político y lo psico/sociocultural.

Al hablar de *salud* se hace referencia a un proceso dinámico y variable, influido por diversos factores o condicionantes biológicos, históricos, políticos, económicos y sociales. Los llamados procesos salud-enfermedad-atención, permiten una mayor comprensión de las situaciones de salud desde una mirada más integral, no considerando la salud como un estado o resultado sino como la interrelación constante entre esas variables, y en el que la organización de la asistencia de la salud constituye también uno de sus componentes.

Matamala y Gálvez (2001), plantean que el sistema global de cuidado de la salud actúa ininterrumpidamente en dos ámbitos fundamentales: el *sistema doméstico* y el *sistema institucional*. El primero opera puertas adentro de los hogares y de manera relacionada con el entorno comunitario, mientras que el segundo opera puertas afuera y está constituido por los subsistemas público y privado.

El sistema doméstico de cuidado de la salud se sustenta en el trabajo denominado reproductivo, de carácter no mercantil y que es desarrollado básicamente por mujeres, cualquiera sea su condición laboral.

A través de este sistema de cuidado de la salud se aseguran acciones tales como la alimentación, aseo del hogar, vestimenta, asistencia material y emocional del grupo familiar. También asegura toda una serie de funciones como la promoción de la cultura de la salud, el papel de mediadoras de demandas hacia el sistema institucional de salud, el cuidado de personas enfermas, ancianas, discapacitadas, y también el sustento de acciones de salud comunitarias.

Cuando las mujeres desarrollan una actividad laboral remunerada fuera del hogar, el trabajo de cuidado de la salud en el espacio doméstico se constituye en una segunda jornada laboral, la cual puede llegar a interferir su trabajo remunerado y también su salud y bienestar, si no cuenta con apoyo social e institucional. Los varones en este sistema de cuidado de la salud tradicionalmente no han tenido intervención, y su

participación suele darse de manera esporádica y en caso de que la mujer no se encuentre en condiciones de cubrir dichas acciones.

El sistema institucional se ubica en el espacio del trabajo remunerado, espacio visible, y con predominio del sistema médico clínico o hegemónico. En este modelo de atención el sector está altamente feminizado tanto en el ámbito público como privado, posee una estructura jerárquica traspasada por un modelo autoritario que propicia la dependencia al poder médico, dificultando la autonomía en el ejercicio ciudadano de la salud tanto individual como colectiva.

El concepto de *salud integral* (Weinstein, 1995) alude a sobrepasar las dicotomías entre lo individual y lo social, lo físico y lo psíquico, la promoción, prevención, curación y rehabilitación; la medicina científica y la popular o propia de otras tradiciones; lo programable y lo flexible y abierto a la creatividad y el devenir. Concibe la salud integral como alternativa de desarrollo humano, en la que la prioridad que adquirió la promoción se debe a la convicción de que es necesario poner el énfasis en despertar las capacidades que están latentes, en desarrollar potencialidades, en habilitar la participación de las personas en el cuidado y fomento de la salud.

La OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en marzo de 2005 con el objetivo de orientar a los Estados Miembros y los programas de la OMS para reunir evidencias sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la forma de poner remedio a las inequidades sanitarias. Sus diversos informes temáticos, representan un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. (OMS-CDSS, 2008)

En Argentina si bien existen experiencias de los dos modelos citados de atención en salud, el que prevaleció y continua vigente es el denominado clínico, también llamado *tecnocrático*, el cual hace énfasis en la medicina curativa, clínica e individual, siendo el estilo de relación de los profesionales de la salud con los enfermos, de tipo prescriptivo. El profesional se constituye en autoridad, apareciendo un manejo autoritario de los pacientes, con una comunicación escasa, unidireccional y despersonalizada.

La formación tecnocrática de los/as profesionales de la salud supone una disociación entre lo físico y lo emocional generando una actitud negadora como defensa

frente a la angustia, la enfermedad y la muerte, promueve un enfoque organicista y atomístico de las enfermedades, y la depositación en la medicación de propiedades mágicas. Existen sesgos de género en la mirada y práctica de los profesionales de la salud, respecto a la atención de los varones y mujeres, que tiene que ver con la socialización recibida, que incluye su formación de pre y posgrado.

En relación a los programas de salud en general tienen características de verticalidad, no siendo la población consultada, ni incluida en el diseño, implementación y evaluación de los mismos.

Por razones de género las políticas públicas y servicios de salud intervienen en mayor medida en la salud de las mujeres, centrando la atención en las funciones reproductivas.

La atención en salud de las mujeres requiere del abordaje de muchas otras necesidades que no son tenidas en cuenta como por ejemplo el impacto en su salud de los conflictos familiares en su salud, la depresión, el agotamiento físico por jornadas extensas de trabajo, los problemas nutricionales, las adicciones, la discriminación, entre otras.

Desde la perspectiva de género se considera que no toda diferencia de salud entre hombres y mujeres implica inequidad de género, sino cuando esas diferencias se transforman en injustas, innecesarias y evitables.

La inequidad de género en la atención de la salud es un concepto relacional y se produce cuando existe:

- igual atención para ambos sexos cuando las necesidades no son iguales
- entrega de atención diferente siendo las necesidades iguales
- simplemente un trato que refuerza los estereotipos de género

Equidad de género significa que hombres y mujeres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficios de los bienes y servicios de la sociedad.

Las necesidades en salud son producto de la interacción entre lo biológico, subjetivo y lo social, y este triple condicionamiento debe ser tenido en cuenta para responder de manera equitativa a necesidades diferenciales. (OPS/OMS, 1995)

El enfoque de igualdad de género utilizado en el ámbito de la salud, como herramienta analítica enriquece los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad, haciendo visibles las diferencias entre los hombres y las mujeres en torno a los siguientes aspectos:

- Necesidades específicas de atención

- Factores de riesgo que afectan diferencialmente a mujeres y hombres
- Percepciones distintas de la enfermedad y conductas de búsqueda de atención diferentes
- Nivel de acceso y control de los recursos básicos para la protección de la salud
- Asignación de recursos públicos para la provisión de medios y cuidados para la salud de acuerdo a las necesidades y prioridades
- Participación en la prestación de servicios de la salud formal, informal y no remunerada. (López Aguilar, 2009)

Procesos de reformas y sistemas de salud en Córdoba, Argentina

En Argentina desde la década de 1990 se produjeron constantes procesos de reformas económicas, sociales e institucionales. En el área de la salud esas reformas proponían mayor eficiencia y calidad en los servicios, y satisfacción en los usuarios.

Tres características aparecen constantes según Burijovich y Pautassi (2005) en los diversos procesos de reforma y descentralización en salud en la década del 90:

- Escasa consideración de la importancia estratégica del recurso humano afectado.
- Aplicación de criterios fiscalistas en el sector, con la consiguiente política de reducción de costos en desmedro de las condiciones de trabajo y atención.
- Neutralidad en términos de género con que se aplicaron las reformas, tanto a nivel de los trabajadores sectoriales como de los usuarios.

En Córdoba, la centralidad en la organización del Sistema Sanitario la posee el Estado Provincial, en la década del 90 se iniciaron grandes reformas que en el período 95-99 implicó medidas de ajuste al fenómeno que se denominó como de “hipertrofia del área salud”. Se transfirieron a municipios cientos de efectores de salud provinciales, se cerraron efectores, se suspendió la planta de personal contratado e interino, y se interrumpieron las residencias de formación de recurso humano interdisciplinario.

En el período 1999-2004 se profundizaron las reformas en el sistema de salud cordobés, y se inició una etapa de gestiones de financiamiento externo especialmente al Banco Mundial y al Banco Interamericano de Desarrollo.

Se fue cada vez más adoptando una concepción restringida del derecho a la salud, dejándose de lado la concepción universalista del modelo de Bienestar.

En el año 2003 se sancionó en Córdoba la ley 9133 la cual crea el Sistema integrado provincial de atención de la salud, promueve una canasta universal y básica prestacional, limitando la cantidad de prestaciones de carácter universal, e incluyendo una cápita por paciente. A través de este proceso se acentuó el rol del estado provincial como planificador, regulador, evaluador y financiador, por sobre el rol de prestador de servicios públicos fundamentales.

Este sistema sanitario tiene características de: segregación ocupacional vertical² y horizontal³, flexibilización contractual y precarización generando alto nivel de incertidumbre en el personal que no cuenta con estabilidad en su empleo, carencia de espacios de intercambio y de deliberación, así como heterogeneidad de situaciones de empleo por la distribución de puestos de trabajo por tipo de actividad, subsector, y sexo.

La excesiva compartimentación de la administración pública atenta contra la integralidad e intersectorialidad que debe caracterizar a las políticas de empleo y mercado de trabajo.

Los objetivos de las reformas no solo no se han cumplido sino que han profundizado las inequidades de las políticas sanitarias en general.

En lo que respecta a la equidad de género, hubo ceguera de este aporte en materia de políticas de empleo, se reprodujo la división sexual del trabajo, y se generó mayor fragmentación en el sistema de atención.

En cuanto al Subsector de las Obras Sociales, en la provincia de Córdoba, desarrollan sus acciones la mayoría de las obras sociales y sistemas de medicina prepaga nacionales. Las obras sociales de mayor cobertura y más preponderantes en esta ciudad lo constituyen la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS), obra social de los empleados/as de la administración pública provincial, y el Programa Médico de Atención Integral (PAMI) que comprende a la población jubilada o pensionada y depende del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).

En cuanto al Sector Privado de Salud si bien se encuentra en proceso de extensión y revalorización, ha sufrido importantes impactos de las crisis económicas y sociales, perdiendo gran cantidad de su población, servicios y prestadores.

² Cargos jerárquicos, de conducción y directivos ocupados mayormente por hombres, a pesar de ser las mujeres mayoría en el sector salud. Esta segregación se da tanto en los cargos de conducción política como de conducción técnica.

³ Las mujeres se concentran más en cargos y funciones asociadas a cuidados maternos.

Las políticas laborales tienen que ser coherentes con las políticas de salud. Un modelo prestacional centrado en la enfermedad y en la asistencia produce mayor estrés y síndrome de burnout⁴ en las y los trabajadores de salud. En cambio un modelo prestacional preventivo opera como factor protector de la salud de las y los trabajadores. (Buriyovich y Pautassi, 2005)

Relación entre salud y masculinidades. Indicadores sanitarios

El Desarrollo Humano es un paradigma de desarrollo que va mucho más allá del aumento o la disminución de los ingresos de un país, y que comprende la creación de un entorno en el que las personas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses.

El Enfoque del Desarrollo Humano considera al proceso de enriquecimiento de las posibilidades humanas como eje clave del desarrollo, a través de la expansión de las potencialidades de las personas, y el mejoramiento de su calidad de vida a través del involucramiento y participación directa en ello.

La igualdad de género es la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y varones, niños y niñas, lo cual significa, entre otras cuestiones, que el acceso no dependa de haber nacido con sexo masculino o femenino. Implica, también, que la igualdad entre mujeres y varones es precondition del desarrollo centrado en las personas (PNUD, 2011).

Las herramientas que utiliza el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para medir la igualdad de género son: el Índice de Desarrollo Humano relativo al Género (IDG) y el Índice de Potenciación de Género (IPG).

El IDG se vale de tres dimensiones básicas, al igual que el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para evaluar el desarrollo de un país: acceso a una vida larga y saludable, acceso a los conocimientos necesarios para vivir en sociedad y contar con un ingreso económico que permita vivir decentemente⁵.

⁴ Llamado también síndrome de desgaste ocupacional o profesional, comprende el malestar importante producido por factores estresantes emocionales e interpersonales que ocurren en el trabajo.

⁵ Ambos índices utilizan las mismas variables para dar cuenta de esas dimensiones: expectativa de vida al nacer, tasa de analfabetismo de la población adulta, tasa de matriculación combinada en escuelas primarias, secundarias y terciarias, y el ingreso percibido estimado.

La comparación del IDH y el IDG permite estimar las desigualdades de género, es decir que cuanto más semejantes son estos índices, más igualitario será el nivel de desarrollo humano entre mujeres y varones.

El IPG mide las posibilidades que varones y mujeres tienen de participar activamente de la vida política y económica de un país, y de intervenir en la toma de decisiones. Las desigualdades en estas áreas las identifica a través de indicadores como ser: el porcentaje de puestos que ocupan en el parlamento nacional hombres y mujeres, el porcentaje en puestos como legisladores, altos funcionarios, directivos, técnicos y profesionales, y además por el ingreso estimado percibido por varones y mujeres.

Argentina ocupó en el año 2009 el puesto número 46 de un total de 155 países del mundo, en lo que respecta al IDG, lo cual la ubica dentro de la clasificación de países de alto IDH⁶. (Cuadro N° 1)

Cuadro N° 1: Índice de Desarrollo Humano relativo al Género (IDG) - Índice de Potenciación de Género (IPG) 2009.		
Países de América Latina.		
País	IDG	IPG
Chile	41	75
Uruguay	45	63
Argentina	46	24
Costa Rica	47	27
México	48	39
Cuba	49	29
Panamá	51	47
Venezuela	55	55
Brasil	63	82
Colombia	64	80
Perú	65	36
República Dominicana	74	64
Paraguay	82	79
El Salvador	89	70
Bolivia	91	78
Honduras	95	54
Guatemala	103	-
Nicaragua	106	67
Ecuador	-	41
Nota: países ordenados por IDG, 155 países; IPG 109 países. Fuente: sobre la base de PNUD (2009)		

⁶ El PNUD divide a los países en cuatro categorías de desarrollo humano: muy alto, alto, medio y bajo.

En Argentina el IDH tuvo un incremento sistemático entre 1996 y 2009 pasando de 0,785 a 0,830. Comparando las diferencias entre IDH e IDG se determina el grado de desigualdad del desarrollo humano en función del género. El valor del IDG como porcentaje del IDH es similar: 99,49 % en 1996 y 99,52% en 2009. (PNUD, 2010)

En el contexto latinoamericano, Argentina ocupa el mejor lugar si se considera la comparación entre el IDH y el IDG, es decir que es el país más igualitario teniendo en cuenta la participación activa de las mujeres en la vida económica, política y profesional del país. A nivel internacional la posición de Argentina es aún mejor ya que de acuerdo al IPG ocupa el lugar 24 de 109 países evaluados. (PNUD, 2010)

Esto no quiere decir que no exista desigualdad, las diferencias por género en los ingresos persisten a favor de los varones, mientras que en lo que respecta a esperanza de vida y educación la situación de las mujeres es mejor que la de ellos.

De acuerdo a datos surgidos del Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010, la Argentina cuenta con una población de 40.091.359 habitantes.

Córdoba es una de las principales provincias del país teniendo en cuenta su desarrollo social y económico. Cuenta con una población de 3.304.825 habitantes y su Capital un total de 1.330.023 personas, de las cuales el 48% son varones.

El índice de masculinidad es la relación entre el número de mujeres y hombres en una población dada, expresada como el número de varones cada 100 mujeres. En la provincia es de 94.7, mientras que en Córdoba Capital de 91.9.

La prevalencia de muertes masculinas es un hecho contundente en América Latina, y si bien existen variaciones entre las diferentes regiones y contextos sociales y económicos, al tener en consideración la información epidemiológica del país surgen diferencias significativas entre los patrones de morbi-mortalidad de las mujeres y de los varones, lo cual se da en la región y en el mundo en general.

Los problemas de salud de los varones están relacionados directamente a sus estilos de vida y a los modos de subjetivación que se traduce en comportamientos y en conductas específicas.

Entre las desigualdades en salud entre varones y mujeres la expectativa de vida al nacer⁷ marca una diferencia importante. En América Latina viven entre tres y ocho

⁷ La esperanza de vida al nacer estima los años que en promedio puede esperar vivir un nacido vivo en una población y año determinado, si se mantuvieran constantes durante su vida las tasas de mortalidad específicas por edad que prevalecían cuando nació.

años más las mujeres que los varones según información de la OMS del año 2010, mientras que en Argentina y Córdoba viven siete años más. (Cuadro N° 2 y N° 3)

Cuadro N° 2: Esperanza de vida al nacer (en años)				
Argentina 2000-2008				
	Hombres		Mujeres	
	2000	2008	2000	2008
Argentina	71	72	78	79
Fuente: OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2010				

Cuadro N° 3: Esperanza de vida al nacer (en años)		
Córdoba 2000-2001		
	Hombres	Mujeres
	2000-2001	2000-2001
Córdoba	71,08	78,71
Fuente: OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2010		

De acuerdo a información del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2008 en Argentina y también en Córdoba, las defunciones de los varones superaron a las de las mujeres en general y en la franja etaria de interés de este estudio en particular.

Teniendo en cuenta las causas de defunción según los grupos de edad y por sexo durante el año 2008 en Argentina, surge que los varones mueren dos veces más que las mujeres por causas como las enfermedades del corazón, las enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana, y por infecciones respiratorias agudas.

Se producen muchas más muertes en varones que en mujeres por causas relacionadas a sus estilos de vida y a la exposición a daños. (Cuadro N° 4)

Por ejemplo: por agresiones mueren 8 varones por mujer entre los 25 y 34 años, mientras que entre los de 35 y 44 años mueren 4 varones por mujer. En lo que respecta a accidentes de tráfico de vehículo a motor entre los 25 y 34 años mueren 6 varones por mujer, y entre los 35 y 54 años, 4 varones por mujer. Entre los 25 y 34 años se producen suicidios en 5 varones por mujer, y 3 entre los 35 y 54 años.

Las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis afectan mayoritariamente a los varones, en particular en el grupo de 45 a 54 años. El consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco son conductas y hábitos asociados al modo de masculinidad

tradicional, si bien en las últimas décadas esto ha ido variando y su consumo aumentó en las mujeres y especialmente en las más jóvenes.

Cuadro N° 4: Relación entre defunciones según edad por causa de muerte y sexo. República Argentina. 2008. Ambos sexos			
Causas de defunciones	25-34 años	35-44 años	45-54 años
Agresiones	8/1 varones x mujer	4/1 varones x mujer	-
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	6/1 varones x mujer	4/1 varones x mujer	4/1 varones x mujer
Suicidios	5/1 varones x mujer	3/1 varones x mujer	3/1 varones x mujer
Enfermedades del corazón	2/1 varones x mujer	2/1 varones x mujer	2/1 varones x mujer
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	2/1 varones x mujer	2/1 varones x mujer	-
Infecciones respiratorias agudas	2/1 varones x mujer	2/1 varones x mujer	2/1 varones x mujer
Enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	-	-	4/1 varones x mujer
Fuente: Estadísticas Vitales. Información básica 2008. Ministerio de Salud de la Nación. Cuadro adaptado.			

Esto demuestra como viven, enferman y mueren muchos de los varones en la franja etárea en estudio por su forma de construcción subjetiva y el impacto que ello ocasiona en su salud.

La carga de enfermedad y mortalidad atribuidas a Enfermedades No Transmisibles (ENT) está en aumento, y se trata de las enfermedades cardiovasculares, tumores y lesiones. Se ha proyectado que para el año 2020 las ENT explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo. (INDEC, 2006)

La mayoría de los factores de riesgo para estas enfermedades son factores conductuales (alimentación, actividad física, tabaco, alcohol), biológicos (dislipemia, hipertensión, sobrepeso), y sociales (ámbito socioeconómico, cultural).

En 2001 el 52% de las muertes en Argentina fueron por causas cardiovasculares y por cáncer. Argentina pertenece a la zona de América con mortalidad intermedia, los

principales factores de riesgo registrados para mortalidad fueron la presión arterial elevada, el índice de masa corporal elevado, el alcohol y el tabaco. (INDEC, 2006)

Las ENT son prevenibles, la estrategia poblacional de prevención y promoción primaria de la salud es considerada la estrategia más costoefectiva, sostenible y financiable para afrontar esta epidemia mundial.

Para poder realizar intervenciones en este sentido es necesario contar con información relevante relacionada con los principales determinantes de las ENT, y poder prevenirlas actuando sobre los factores de riesgo.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, es una herramienta de vigilancia de las ENT. El Ministerio de Salud de la Nación Argentina en convenio con el INDEC⁸, implementó la primera encuesta domiciliaria de este tipo en el año 2005, en Argentina, y fue aplicada a un total de 500.000 personas de más de 18 años.

Los principales resultados que arrojó la encuesta en la Nación y en la provincia de Córdoba se exponen a modo de resumen, en un cuadro comparativo a continuación. (Cuadro N° 5)

Cuadro N° 5: Principales resultados: provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2005		
Indicador	Córdoba	Nación
Salud General (regular o mala)	21.9%	19.9%
Actividad física baja	46.4%	46.2%
Exceso de peso	46%	49.1%
Obesidad	14.3%	14.6%
Consumo de frutas y verduras	61.1%	64.7%
Control TA último año	73%	68.4%
Presión arterial elevada en al menos 1 consulta	35.4%	34.55
Medición de glucemia	97.8%	85.8%
Diabetes o glucemia elevada	13.9%	11.9%
Medición de colesterol	78.1%	72.9%
Colesterol elevado	29%	27.9%
Fumador	31.8%	33.4%
Edad de inicio de consumo de tabaco	15.2	17
Exposición habitual al humo de tabaco	15.2%	17%
Consumo de alcohol de riesgo	12.7%	9.6%
Consumo de alcohol episódico	10.7%	10.1%
Cinturón de seguridad (nunca)	26.6%	27.5%
Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Resumen. Provincia de Córdoba. Ministerio de Salud de la Nación.		

⁸ INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Los módulos que incluye el cuestionario⁹ de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, fueron tenidos en consideración para la elaboración de la encuesta de este estudio (B. Condición de Salud General. Conductas de Cuidado y Riesgo), con la finalidad de evaluar el proceso de salud de los varones adultos respecto a la posibilidad de tener factores de riesgo relacionados a estas enfermedades o a otras, y que se relacionen con sus procesos de socialización en masculinidades.

A continuación, se hará un recorrido sintético por la diversidad de estudios y organizaciones que desde la década del 80 se vienen desarrollando en América Latina y Central, respecto a masculinidades, por los antecedentes en la década anterior en países de otras regiones, y el desarrollo de estudios específicos relacionados a masculinidades y salud.

Estudios y Organizaciones que trabajan en masculinidades y género

El pensamiento feminista generó al menos tres tendencias de producciones teóricas de género entre hombres: los grupos reaccionarios antifeministas, el movimiento mítico poético y las organizaciones partidarias del feminismo.

Según Kaufman (1989), existen diversas razones para el acercamiento de los hombres al feminismo: por indignación ante la diferencia que sufren las mujeres por sentido de injusticia a manos de otros hombres, por sentido de culpabilidad por los privilegios que disfrutaban, por el horror ante la violencia de los hombres, y por simple decencia.

Viveros (2002), plantea la utilidad de incluir a los hombres en los estudios de género, por ser el género una categoría relacional, porque la reconstrucción del lugar de las mujeres como algo *natural* implica también desnaturalizar, desuniversalizar a los hombres, por que es necesario también estudiar las relaciones de poder desde el punto de vista de los dominantes, y porque es necesario abordar la cuestión de las mujeres como uno de los elementos de la categoría más amplia y que es la relación entre hombres y mujeres.

Viveros (1998) plantea también, que en el estudio de las masculinidades existen suficientes evidencias y consenso acerca de su carácter social pero que sin embargo,

⁹ Datos personales y vivienda, situación laboral, cobertura, salud general, peso corporal, alimentación, tabaquismo, alcohol, diabetes, actividad física, presión arterial, colesterol, servicios preventivos, prevención de accidentes.

hay distintos abordajes y perspectivas según el posicionamiento del investigador y de los aspectos que se privilegien en su abordaje. Distingue seis enfoques:

- *Conservador*: Reafirma los roles tradicionales de los varones, ser proveedor, protector, fuerte, etc. Estos atributos conformarían la *naturaleza masculina*.
- *Derechos de los hombres*: Propone que los hombres son *víctimas* de la masculinidad tradicional.
- *Socialista*: Considera que la formación de la masculinidad está asociada a los distintos tipos de trabajo y al control de los medios de producción por una clase dominante.
- *Mito-poético*: Aborda la masculinidad desde los niveles profundos de la universalidad transhistórica los arquetipos junguianos, como el del guerrero, el rey, el mago y el del amante.
- *De los grupos específicos*: Afirma que no existe un masculino universal sino que la masculinidad varía de acuerdo a diversos factores.
- *Crítico*: Plantea que la masculinidad es el resultado del privilegio de los varones y que eso tiene efectos negativos para ellos. Recupera la producción académica del movimiento feminista y comparte su visión sobre el cambio social.

El *enfoque de estudios críticos de la masculinidad* toma como marco de referencia la teoría de género, y uno de sus aportes más relevantes es que ha permitido revisar los supuestos que sostenían los discursos tradicionales acerca de lo femenino y lo masculino, promoviendo la transformación de las relaciones de desigualdad entre los géneros hacia una mayor equidad. Representativos del enfoque de los estudios críticos de la masculinidad son Michael Kimmel, Robert Connell y Jeff Hearn.

En la década de los años 70 se inician estudios sobre los hombres y aparecen como autores destacados: Michael Kimmel, Michael Kauffman, K. Gutman, Elisabeth Badinter, Pierre Bordieu, Robert Connell, Judith Butler.

En Latinoamérica el surgimiento del tema como problemática de investigación se dio paralelamente al desarrollo de grupos de hombres interesados en transformar sus prácticas en las relaciones de género por considerar que estas eran fuente de opresión e insatisfacción no sólo para mujeres sino para ellos mismos. Los primeros estudios surgen a partir de la década del 80 y se destacan autores como: Juan Guillermo Figueroa (México), Mara Viveros (Colombia), Teresa Valdés (Chile), José Olavarría, M. Llorente, Víctor Seidler, Carlos García Suárez (Colombia), José I. Loyola (España),

Luis Bonino (Argentina), Mabel Burin (Argentina), Irene Meler (Argentina), Norma Fuller (Perú).

A partir de la década del 90 se fueron desarrollando toda una serie de encuentros académicos y de intercambio de prácticas sociales en distintos países como Chile, Ecuador, Bolivia, en donde se hizo énfasis en la relación entre los y las autoras de países como Estados Unidos y Europa (Kaufman, Connell, Gutman, Kimmel, Seidler) con las de América Latina y el Caribe.

En un segundo momento, a partir del año 2000, se observa un incremento de los encuentros nacionales, y se va dando paso a una relación más centrada en intercambios sur-sur, lo cual indica una mayor autonomía y focalización en los temas nacionales y regionales que orientan la agenda de los estudios sobre masculinidades y sexualidades. (Larravide, 2008)

Las producciones de estos encuentros fueron recopiladas en producciones de libros y diversas publicaciones académicas¹⁰.

En la región se retoman en gran medida ejes temáticos abordados en otros países, como son poder y violencia masculina, salud reproductiva y sexual masculina, identidad masculina, juventud y masculinidades, masculinidades y políticas públicas, paternidad. A estas temáticas se le imprime un carácter particular regional al incluir variables relacionadas a dimensiones como etnia, clase y cultura.

Desde hace años se vienen desarrollando intercambios en ámbitos académicos, de investigación e intervención social, relacionado al tema de las masculinidades y la incorporación de los varones en la equidad de género. Se destacan en estos trabajos países como Chile, Colombia, Perú, México, Brasil, Uruguay, El Salvador, Costa Rica. Organizaciones que promueven estos espacios son OIT¹¹, ONUSIDA¹², PNUD, FLACSO¹³, CISTAC¹⁴- Bolivia, Save the Children, Fundación Ford, MacArthur Foundation, entre otros. Tanto las Organizaciones No Gubernamentales como los programas de estudio de género existentes en algunas universidades latinoamericanas han incorporado en sus políticas y programas académicos la temática de la masculinidad.

¹⁰ Masculinidad, poder y crisis (1997, Chile); Masculinidad y equidad de género en América Latina (1998, Chile); Masculinidad, identidad, sexualidad y familia (2000, Chile); Masculinidades en Ecuador (2001, Ecuador); Género, feminismo y masculinidad en América Latina (2001, El Salvador); entre otras.

¹¹ Organización Internacional del Trabajo

¹² Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

¹³ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

¹⁴ Centro de Investigación Social, Tecnología apropiada y Capacitación. Estudios sobre Masculinidades.

Existe gran variedad y extensión de trabajos, experiencias, organizaciones y redes que trabajan en masculinidades en la región.

En Centroamérica a partir de la década del 80 se destacan organizaciones como el *Grupo Cantera, Alforja*, y el *grupo Coriac*¹⁵.

La *Campaña del Lazo Blanco* nace en Canadá a partir de un hecho trágico ocurrido el 14 de diciembre de 1989, en el que catorce mujeres adolescentes fueron asesinadas por querer cursar una carrera considerada para hombres, por el asesino (“masacre de Montreal”). Un año después, varios de los hombres sensibilizados por esta masacre -entre ellos Michael Kauffman, investigador experto en estudios de masculinidad y Jack Layton, concejal de Toronto- decidieron iniciar una campaña de implicación masculina para poner fin a la violencia en contra de las mujeres, convencidos de lo necesario de que también los hombres alzarán su voz y rompieran su silencio, asumiendo la responsabilidad de implicarse e implicar a otros hombres en hacer algo para acabar con la violencia masculina.

El lazo con el color de la paz adoptado como símbolo, representa el compromiso público de los hombres que lo portan de no ejercer violencia contra las mujeres, no permitir que otros lo hagan, y no permanecer en silencio frente al problema. Se ha desarrollado como un movimiento descentralizado donde los que participan crean sus propios métodos (cursos, manifestaciones, campañas publicitarias, etc.). Actualmente la campaña del lazo blanco está presente en más de cincuenta países de todos los continentes, incluida la Argentina.

La *Red Iberoamericana de Masculinidades* con sede central en Cuba, tiene como antecedentes los talleres contra la violencia y a favor de la cultura de paz en países como Colombia, Brasil, México, Cuba, Chile, República Dominicana, Puerto Rico, España, y Portugal, que fueron promovidos por diferentes instituciones de los mismos como el Movimiento Cubano por la Paz, el Instituto Michoacano de la Mujer y la Comunidad de Foro Iberoamericanos (COFI).

Desde 1996 hasta la fecha desarrollan talleres con profesionales, estudiantes, policías, reclusos, grupos étnicos y raciales, dirigentes locales, entre otros, con la idea común de debatir sus principales problemáticas, y proponer alternativas de cambio para

¹⁵ Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, formado en 1993 en México, se subdividió luego dando lugar a cuatro organizaciones: Corazonar, Hombres por la Equidad, Diversidades, y Movimiento de Hombres por Relaciones Equitativas y Sin violencia (Mhoresvi).

los hombres. La coordinación general se encuentra en Cuba y existen coordinaciones regionales en Puerto Rico, México, Colombia, España y Portugal.

El *Instituto Papai* es una organización no gubernamental que actúa en base a principios feministas y en la defensa de una sociedad más justa, en la cual los hombres y mujeres tengan los mismos derechos. Promueve la implicación de los hombres, la revisión de los sentidos de las masculinidades en los procesos de socialización de nuestras sociedades, y la incidencia en las políticas públicas. Su sede se encuentra en Recife, capital de Pernambuco, Brasil.

En el año 2004 se constituye una red de organizaciones no gubernamentales de distintos países cuyo objetivo fue sistematizar las experiencias de trabajo por la equidad de género, y en especial con la población masculina, bajo el nombre de *Menengage*.

La *Red Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades* trabaja desde hace más de una década sobre la reflexión, el estudio y el análisis de las identidades masculinas y la problemática de los varones en la sociedad contemporánea, y particularmente en el continente latinoamericano. Ha desarrollado ya cuatro ediciones de coloquios internacionales: México en los años 2004 y 2006, Colombia en 2008 y Uruguay en 2011. Los encuentros giraron en torno a deliberar sobre el sustento epistemológico de los estudios sobre varones y masculinidades y sobre el vínculo entre estos estudios y la política pública, profundizar en la violencia en sus distintas vertientes, reflexionar sobre las masculinidades y multiculturalismo, y sobre las intersecciones entre el género y la sexualidad, y entre la etnicidad, y la clase, en el desarrollo de una política antisexista, y sobre políticas públicas y acciones transformadoras.

La Red pretende propiciar un diálogo entre pensamientos crítico sobre las masculinidades con una visión global desde otras latitudes, y que lo que se inició en el ámbito local y regional latinoamericano se amplíe a otros ámbitos geopolíticos igualmente afectados por estos procesos.

La necesidad de incorporar a los varones en el logro de la equidad de género en los procesos de salud-enfermedad-atención ha sido planteada desde la Conferencia Internacional del Cairo, en coloquios y foros internacionales, como en los Objetivos del Milenio por las Naciones Unidas.

Los programas y políticas específicas del sector salud e intersectoriales contribuyen a la modificación y cambio de comportamientos, ideas y sentimientos que

corresponden a modos de subjetividad tradicionales patriarcales, incorporando otros que favorecen la equidad entre los géneros.

En Argentina en la última década se han obtenido avances importantes a través de leyes nacionales que crearon programas que promueven la equidad entre los géneros incluyendo a la salud como uno de sus componentes básicos, y la inclusión de la diversidad de género, etaria, cultural, étnica, y social.

La *Ley 25.673* creó el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* en el año 2002, la *Ley 26.130* del año 2003 que brinda acceso gratuito a la *Anticoncepción Quirúrgica* a través de la Ligadura Tubaria y la Ligadura de Conductos Deferentes, la *Ley 26.150* crea en el año 2006 el *Programa Nacional de Educación Sexual Integral* en el ámbito de las escuelas pública y privadas de los diversos niveles, la *Ley 26.485* de *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar y de las relaciones interpersonales* del año 2009, así como la reciente *Ley 26.618* del año 2010 sobre *Matrimonio civil* en parejas del mismo sexo.

En países como Brasil y Chile existen programas oficiales de promoción de paternidades activas y equitativas. Desde el año 1997, Papai lleva adelante una serie de iniciativas y campañas en todo el país para promover la participación de los varones en la crianza de los hijos y las hijas, terminar con la violencia de género y alentar conductas de cuidado de la salud por parte de los varones.

El Programa H y el Programa M de la *Organización Promundo*¹⁶, Involucrando a hombres jóvenes y empoderando a mujeres jóvenes para promover la igualdad de género y la salud, tiene como objetivo ayudar a las personas jóvenes de bajos ingresos, involucrándolos en la reflexión crítica sobre las normas y roles de género y su relación con la salud sexual y reproductiva, violencia de género y otros problemas de salud. Este trabajo es reconocido a nivel mundial y por las Naciones Unidas.

Brasil es el único país de la región que desarrolla un programa específico de atención en salud de las masculinidades desde el Ministerio de Salud de la Nación y en coordinación con organizaciones no gubernamentales, académicas y sanitarias, se trata del *Programa Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre*, creado en el año

¹⁶ ProMundo es una Organización No Gubernamental constituída como Asociación sin fines de lucro, con sede en Barcelona (España), cuyos objetivos son: promover la dignidad del ser humano, la paz, la justicia social y el desarrollo de los pueblos.

2009, institucionalizado como política nacional y apoyado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El trabajo de investigación que se desarrolla en este informe pretende colaborar con la equidad de género en la atención en salud de la población masculina, a partir del reconocimiento de los factores y procesos que se suceden en los modos de subjetivación a lo largo de la vida de un grupo de varones adultos, y como inciden en su relación actual con su salud, enfermedad y búsquedas de atención.

PROCESO METODOLÓGICO

La idea eje de este estudio es indagar acerca de un fenómeno complejo como es la relación entre masculinidades y procesos de salud-enfermedad-atención, desde una lectura particular como es la perspectiva de género.

Los sujetos de este trabajo de investigación son varones adultos urbanos, protagonistas centrales que se expresan desde sus propias vivencias, experiencias y saberes. Se trabaja desde la consideración del discurso como práctica social e histórica, y del conocimiento como producto del intercambio social, el cual se construye y deconstruye en procesos sociales, históricos e ideológicos.

Los procesos de interpretación que las personas hacen de sus experiencias están mediados por sus creencias, actitudes y valores, el relato no es sólo una descripción de sucesos sino también una selección y evaluación de la realidad. (Sautu, 1999)

Tipo y diseño de investigación: El diseño de investigación del estudio es de tipo exploratorio y descriptivo. El interés es desarrollar un proceso de análisis que integre metodología de tipo cualitativo básicamente con instrumentos de tipo cuantitativo.

Se hace énfasis en el estudio metodológico de tipo cualitativo porque se considera que brinda herramientas para acercarse a los objetivos de investigación, a través del discurso de los varones, develando sus supuestos implícitos, conociendo como los sujetos viven y subjetivan sus experiencias de ser varones en relación con el proceso de salud-enfermedad-atención. El estudio de este tipo comprende la interacción entre la investigadora y los actores, el objeto de conocimiento se construye en el proceso y se rescata a la persona como un todo, integral y todas las perspectivas son valiosas. (Taylor y Gogdan, 1994)

Diseño y criterio muestral: Se construyó la muestra desde un criterio de significatividad y no de representatividad, en función que los casos tomados dieran cuenta de posiciones, relaciones, y circunstancias vividas por los sujetos, de acuerdo a la temática de interés.

Se trabajó a partir de una muestra intencionada. La modalidad de acceso a los sujetos de la investigación fue a través de personas referidas estableciendo una cadena de referencias, a través de contactos personales, profesionales y laborales (área de la salud pública provincial), lo cual facilitó la accesibilidad y la participación de los mismos.

Los criterios de inclusión fueron:

- Rango etario: entre 30 y 50 años.
- Género masculino.
- Lugar de residencia: provincia de Córdoba.
- En situación de trabajo estable / inserción laboral
- Con cobertura de salud de obra social u otro sistema de cobertura privada.

La decisión respecto a los criterios de inclusión de la muestra, tiene que ver por una parte, con tomar conocimiento de la realidad de la población adulta masculina, que suele no ser objeto de políticas de promoción de cuidados de la salud. Conocer sus necesidades, sus malestares, sus especificidades en atención sanitaria. Además el rango etario tiene que ver con que sería una franja en donde aparecen y se agudizan diversas enfermedades y trastornos de tipo crónico.

Por otra parte, los criterios respecto a la inserción laboral y el contar con cobertura de salud de algún sistema que no sea solo el público, tiene que ver con evaluar que las inequidades de género en la atención en salud irían más allá de poseer ingresos económicos y de tener acceso físico a servicios de salud.

Instrumentos de recolección de la información: Se realizó un primer momento de revisión de la literatura existente tanto de investigaciones, producciones académicas, como de experiencias de grupos que trabajan en masculinidades y salud.

A partir de esa revisión y el interés de estudio se diseñó como instrumento para aplicar en campo, un Modelo de Entrevista Semiestructurada (Anexo N° 1), que incluyó ocho categorías de análisis, las cuales se consideraron necesarias de estudiar y analizar para responder a los objetivos del estudio. Las variables fueron las siguientes:

- Condición de salud general
- Recorrido y experiencias en salud
- Socialización respecto a la sexualidad
- Socialización recibida respecto a masculinidad
- Malestares
- Relaciones afectivo-sociales
- Organización intrafamiliar
- Trabajo

Se establecieron contactos para acceder a los varones que conformaron la muestra, los cuales demostraron disponibilidad e interés con el estudio. Se efectuó toma

de entrevista a modo de prueba piloto, lo cual permitió hacer algunos ajustes a la misma, y evaluar su comprensión, extensión, y adecuación.

Se trabajó con un modelo de Consentimiento Informado el cual fue aplicado en el momento de la toma de la entrevista y encuesta (Anexo N° 2). En ese instrumento se los invita a participar de la investigación, se informa de las condiciones, de la utilización de los resultados, y se les consulta sobre su interés en recibir los resultados del estudio.

El trabajo de recolección de la información de campo ocurrió entre el mes de agosto de 2.009 y julio de 2.010. Se trabajo con trece varones, con siete se mantuvieron entrevistas personales, y con seis varones se acordó (debido a dificultades de concretar un encuentro personal), responder al instrumento de manera autoadministrada y hacerlo llegar luego a la investigadora a través de terceros o vía correo electrónico.

Los sistemas de almacenamiento y sistematización de la información recogida en el trabajo de campo fueron manuales: fichas individuales, y un sistema de planillas por categoría de análisis. (Anexos N° 3)

Se trabajó a través de la realización de análisis de contenido e interpretativo de los resultados, desde un enfoque crítico.

Como estrategias de investigación se incluyeron las siguientes:

- Entrevista individual semiestructurada a cargo de la investigadora, la cual se aplicó a un total de siete varones, y encuesta autoadministrada por seis varones.
- Revisión bibliográfica sobre el tema Masculinidades y Salud desde la perspectiva de Género.
- Revisión de fuentes de datos secundarias sobre indicadores sanitarios en relación a masculinidades y salud: Indicadores Básicos del Ministerio de Salud de la Nación 2010, OPS-OMS. Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación 2009, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Informe sobre Desarrollo Humano 2010, PNUD. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, resultados provisorios de 2010, INDEC.
- Se elaboró y aplicó Encuesta de Frecuencia Alimentaria, incluida en instrumento de entrevista y encuesta (Anexo N° 1. Punto B. 3)
- Se tomó como referencia la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación, respecto al relevamiento de las condiciones de salud y las conductas de cuidado y riesgo en los varones y al análisis de los hallazgos en campo.

La integración metodológica puesta en juego constituyó una fase necesaria con la finalidad de establecer las correspondencias encontradas en las técnicas utilizadas.

Proceso de investigación y análisis crítico: En cuanto al proceso metodológico de investigación existió muy buena predisposición a participar de la investigación por parte de los varones, comprensión de las preguntas, compromiso en las respuestas, las cuales fueron claras y precisas en general, tanto en la expresión verbal (entrevista personal), como en la expresión escrita (encuesta autoadministrada).

Las preguntas que resultaron de mayor complejidad para responder fueron correspondientes a las variables: socialización respecto a la masculinidad y sexualidad (ser hombre, mandatos recibidos, recuerdos de los padres, machismo, homosexualidad). También en la variable, recorridos y experiencias con profesionales o servicios de salud, apareció dificultad en algunos en el registro de consultas en salud, pero pudieron ir a través de la reflexión y con apoyo, armando su historial de consultas.

Algunos temas provocaron emoción o intranquilidad en los varones, por ejemplo, al recordar la relación de niño con su madre, la violencia hacia la mujer (relación con ex esposa de violencia emocional), relación con sus hijas/os (por separación conyugal), así como el trabajo (el varón desocupado).

Surgieron varias respuestas con contenido valorativo o juicio de valor, específicamente respecto a temas como masculinidad, machismo, sexualidad y homosexualidad.

Considero que en el caso de las entrevistas personales la presencia de la entrevistadora no representó un sesgo para las respuestas, sino que permitió facilitar la participación y organización de los varones en torno a los núcleos temáticos.

Es importante señalar como a través de un espacio de contacto con los varones les permitió revisar sus experiencias en salud, sus condiciones de vida y de salud, les generó la posibilidad de pensar y expresar sus necesidades, vulnerabilidades e intereses. Algunos valoraron este ejercicio, y se plantearon realizar algún tipo de consulta en salud pendientes o de su interés.

En cuanto a la modalidad autoadministrada del instrumento de investigación, fue muy interesante la participación, los varones se tomaron cada uno el tiempo que les fue necesario para responder y lo hicieron con responsabilidad y compromiso. Tuvieron la libertad de responder todo lo que creyeron necesario y no hacerlo cuando no pudieron, exponiendo sus dificultades y limitaciones. Expusieron además opiniones, chistes y comentarios respecto a los diferentes temas.

Se cree que fueron convenientes y adecuadas las herramientas utilizadas e integradas en el proceso metodológico, ya que permitieron acercarse al problema de investigación y responder a las preguntas iniciales. Este estudio podría constituirse en una base para la realización de estudios e investigaciones de mayor alcance y que permitan identificar inequidades de género en los procesos de socialización y de atención de las masculinidades en varones adultos.

A continuación a manera introductoria del trabajo se expone cuadro con información general respecto al perfil de los varones consultados en este estudio.

Cuadro N° 6: Características generales. Varones adultos. Córdoba 2010. Estudio exploratorio y descriptivo								
Cod	Edad	Lugar residencia	Estado civil	Nivel educativo	Profesión o trabajo	Ingresos del hogar (\$)	Cobertura salud	Religión
EP1	33	Córdoba Capital	casado	Prim.	Comercio	1501-3000	Obra social	Ninguna
EP2	46	Prov. de Córdoba	casado	Univ.	Enfermería Divertimento	5001-10000	Obra social	Ninguna
EP3	46	Córdoba Capital	divorciado	Univ.	Arquitectura Escultor	3001-5000	Plan privado	Ninguna
EP4	30	Córdoba Capital	soltero	Univ.	Trabajo Social Docencia e Investigación	3001-5000	Obra social	Ninguna
EP5	37	Córdoba Capital	casado	Diplomado/ maestría	Medicina	5001-10000	No asociado	Ninguna
EP6	48	Córdoba Capital	divorciado	Sec.	Comercio	+ 10000	Obra social (2) + Serv. Emerg.	Ninguna
EP7	41	Córdoba Capital	unión de hecho	Univ.	Medicina	5001-10000	Obra social	Ninguna
EA1	41	USA- Córdoba	casado	Diplomado/ maestría	Biología Investigación	3001-5000	No asociado	Ninguna
EA2	34	Córdoba Capital	casado	Sec. Estud. Univ.	Comercio	5001-10000	Obra social	Católica apostólica romana
EA3	37	Prov. de Córdoba	casado	Univ.	Medicina	+ 10000	Obra social (2)	Católica apostólica romana
EA4	48	Córdoba	soltero	Univ.	Comunicación Social	3001-5000	Obra social + plan privado	Ninguna
EA5	32	Córdoba Capital	unión de hecho	Terc.	Diseño Gráfico	3001-5000	Obra social	Católica
EA6	31	Córdoba Capital	unión de hecho	Univ. Estud. Doct.	Filosofía Docencia e Investigación	3001-5000	Obra social	Ninguna

Fuente: Entrevistas individuales encuestas autoadministradas. Varones urbanos de Córdoba. Argentina. Año 2010.
Referencias: EP (Entrevista Personal)- EA (Encuesta Autoadministrada)

INFORMACIÓN RELEVADA EN RELACIÓN A MASCULINIDAD Y SALUD

Identificación general de los entrevistados

Edades: siete de los varones consultados se encuentran en la franja etaria de 30 a 39 años, y seis en la franja entre 40 y 50 años. (Cuadro N° 6)

Lugar de nacimiento y residencia: Nacieron en la provincia de Córdoba ocho de los varones, el resto en otras provincias argentinas como La Rioja, Buenos Aires, Santiago del Estero y Santa Fé. Los motivos fundamentales de migración de sus lugares de origen hacia Córdoba tuvieron que ver con cuestiones familiares y de estudio. A excepción de uno, conformaron familia con mujeres en Córdoba y fijaron su lugar de residencia permanente allí. Poseen contacto frecuente con los familiares radicados en sus lugares de origen.

En la Ciudad de Córdoba (Capital de la provincia) viven once de los varones, uno en provincia de Córdoba (Ciudad de Cosquín), y uno se encuentra en otro país cursando postgrado.

Estado civil: seis están casados, dos en unión de hecho, tres divorciados y dos solteros.

Estudio: Se registra un alto nivel de estudio en los varones. Nueve poseen estudios universitarios: Medicina (3), Enfermería (1), Licenciatura en Trabajo Social (1), Licenciatura en Comunicación Social (1), Licenciatura en Filosofía (1), Ciencias Biológicas (1) y Arquitectura (1). Han cursado estudios de postgrado dos de ellos, uno es biólogo y el otro trabajador social (Diplomatura y Maestría respectivamente).

Cuenta con estudios completos de nivel terciario uno de ellos (Diseño Gráfico).

Dos cuentan con estudios de nivel secundario.

Uno con estudios primarios completos.

Cursan estudios al momento de la consulta dos, uno en nivel universitario y otro en postgrado-doctorado.

Trabajo: Solo un varón se encuentra sin trabajo al momento de la consulta, por decisión propia y en etapa de cambio de actividad laboral.

En cuanto al rubro, profesión u oficio al que se dedican existe diversidad en cuanto a las actividades y ámbitos de trabajo:

- 5 trabajan en el área de la salud pública y/o privada: enfermería y medicina.
- 3 trabajan en investigación en las áreas de: filosofía, biología y social.
- 2 trabajan en docencia en los niveles medio y universitario.

- 2 trabajan en rubro comercial.
- 1 trabaja en rubro crediticio.
- 1 trabaja en rubro divertimento.
- 1 trabaja como comunicador social en la administración pública provincial.
- 1 trabaja en el rubro de diseño grafico, en ámbito privado.

Se desempeñan en dos actividades laborales la mitad de los varones, tres lo hacen en el área de la medicina, dos en el área de la docencia e investigación, y uno en rubro enfermería y divertimento.

En cuanto a la relación de dependencia laboral, nueve de los entrevistados trabajan en relación de dependencia, y tres de manera independiente, uno de ellos combina ambas condiciones en dos rubros diferentes.

En cuanto al ámbito en que se desempeñan, cinco lo hacen en el privado, tres en el público, y cuatro en ambos ámbitos.

Respecto a la cantidad de horas que trabajan:

- Entre 30-40 hs semanales: 8 varones
- Entre 50-55 hs semanales: 2 varones
- 70 hs semanales: 1 varón
- 96 hs semanales: 1 varón

Las jornadas laborales incluyen el trabajo los fines de semana en ocho de los varones (dos trabajan los sábados y 6 los sábados y domingos).

Condiciones laborales y percepción de los varones: Los varones refieren que sus condiciones laborales han mejorado en los últimos años en siete de los casos, uno de ellos, trabajador de la salud aclara que las mejoras han sido en el ámbito privado, no así en el público. Otro varón expresa que las mejoras han sido en el aspecto económico, pero no en lo que hace a sus derechos laborales (becado-investigador).

La mitad de los varones se encuentra satisfecho con su trabajo actualmente, mientras que la otra mitad desearía trabajar en una actividad diferente. Esto último lo manifiestan los que trabajan tanto en los ámbitos públicos como privados, en relación de dependencia o trabajadores independientes, así como pertenecientes a diversos rubros (salud, arquitectura, crediticio, comunicación social, diseño gráfico).

Los que se desempeñan en el ámbito de investigación (a través de becas de organizaciones públicas patrocinantes), se encuentran satisfechos con su actividad pero quisieran poder mejorar sus condiciones laborales, ya que no cuentan con sistemas de cobertura de salud, y no poseen estabilidad laboral.

Situación similar se presenta en la relación de trabajo que tienen dos varones que se desempeñan en el área de la salud (médicos) en ámbitos público y privado, y lo hacen en condiciones de trabajadores monotributistas.

Ingresos del grupo familiar: De acuerdo a los ingresos declarados por los varones en estudio, ninguno de estos grupos familiares se encontraría con dificultades para cubrir las necesidades básicas cotidianas de sus integrantes, es decir ninguno se encontraría bajo la línea de pobreza¹⁷. (Cuadro N° 7)

Respecto al número de aportantes al ingreso familiar, en ocho de los hogares, aportan más de una persona al ingreso del hogar. En todos los casos se trata de la esposa del varón el segundo aportante al ingreso familiar, a excepción del grupo de convivencia conformado por amigos/a.

De las nueve parejas convivientes en solo dos casos la mujer no trabaja, de las cuales en una se encuentra sin actividad laboral de manera temporaria.

Cuadro N° 7: Ingresos del grupo familiar. Varones adultos. Córdoba. Argentina 2010

	Monto en \$	%	N° Hogares	N° Aportantes
Ingresos	Entre 1.500 y 3.000	8%	1 hogar	1 aportante
	Entre 3.001 y 5.000	46%	6 hogares	3 hogares: 1 aportante 2 hogares: 2 aportantes 1 hogar: 4 aportantes
	Entre 5.001 y 10.000	31%	4 hogares	4 hogares: 2 aportantes
	Más de 10.000	15%	2 hogares	1 hogar: 1 aportante 1 hogar: 2 aportantes

Fuente: Estudio exploratorio y descriptivo. Masculinidades y Salud en Varones adultos. Córdoba Argentina. Norma Soria. 2010.

Vacaciones y tiempo libre: solo uno de los varones no tiene vacaciones de su actividad laboral, y tiene que ver con su condición de investigador-becado.

En cuanto a la cantidad de días anuales de vacaciones que poseen, siete varones tienen entre 28 y 30 días, dos varones tienen 21 días, y dos varones tienen 14 días. Que

¹⁷ El INDEC considera hogares pobres a aquellos que no pueden cubrir los costos necesarios para cumplir con las necesidades alimentarias (CBA) así como con los bienes y servicios no alimentarios básicos de la familia (CBT). El costo de la CBT para un adulto en Córdoba en abril de 2010 fue estipulado en \$ 588,69, y para un grupo familiar de dos adultos y dos niños en \$1819,05. El Salario mínimo, vital y móvil de la Administración Pública Nacional, y de todas las entidades y organizaciones del Estado Nacional, fue estipulado a partir de Agosto del año 2010 en \$1.740

la mayoría de los varones tengan más de veinte días de receso laboral por licencia anual indica que son trabajadores con antigüedad laboral preexistente.

Al consultarles respecto a *¿qué hacen en sus vacaciones?*, respondieron la mayoría que realizan viajes y que lo dedican a la familia y a la pareja. Otras acciones que dijeron hacer son: actividad física, estudiar, leer, visitar amigos, salir, realizar cosas pendientes y ocuparse de su casa.

Respecto a si tienen tiempo libre en su vida cotidiana, solo uno dijo no tenerlo por su intensa actividad laboral (trabaja en el área de la medicina, con doble jornada laboral y fines de semana), y tres aclararon que tienen poco o muy poco.

Las actividades que realizan en su tiempo libre son principalmente: estar con su familia; y realizar alguna actividad física (caminar, natación, deporte). También: leer, ver amigos, ir al cine, ver videos o televisión, estudiar, computación, pasear, ir al campo, ver espectáculos musicales y aprender un instrumento musical.

Situación habitacional: Respecto a la tenencia de las viviendas, poseen vivienda propia seis de los varones, cuatro vivienda prestada (por familiares) y tres alquilada. En el caso de las viviendas prestadas, existen arreglos familiares respecto al uso de la misma (pago de impuestos y servicios, mantenimiento, etc.).

Respecto al tipo de vivienda, en ocho casos se trata de viviendas tipo casa (una es prefabricada), y en cinco casos de viviendas tipo departamento (cuatro de los cuales son departamentos en edificios de altura).

En ningún caso comparten su vivienda con otro grupo familiar, no existiendo situaciones de cohabitación de diferentes generaciones familiares.

Pertenencia o asociación a algún sistema de atención de la salud: El sistema de atención en salud más utilizado por los varones, es el de obra social¹⁸ (seguridad social), obtenido a través de su actividad laboral siendo diez los que cuentan con dicha cobertura.

Existe diversidad en cuanto al tipo de obra social: cinco poseen obra social provincial (APROSS), tres del rubro comercial (OSECAC), dos del ámbito universitario nacional (DASPU), uno de servicios empresariales (OSDE) y uno del Automóvil Club Argentino (OSPACA)¹⁹.

¹⁸ Sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de las personas que trabajan en relación de dependencia.

¹⁹ OSECAC (Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles), APROSS (Administración Provincial del Seguro de Salud), DASPU (Dirección de Asistencia Social del Personal

De los que poseen obra social, tres utilizan además otros sistemas de salud como: plan privado, sistema de emergencias y sistema público.

Como otro sistema de atención en salud, dos de los varones cuentan con un plan privado de salud, que es el sistema de atención de la salud caracterizado por la adhesión o asociación voluntaria.

Por otra parte dos varones no cuentan con un sistema privado como cobertura de salud, ni con el sistema de obra social, por motivos relacionados a sus condiciones de trabajo (becario universitario y profesional independiente). Resuelven sus necesidades de salud, uno en el sistema público²⁰ (servicio de salud de una universidad pública), y el otro a través de familiares o allegados profesionales de la salud como él.

Existe diversidad en cuanto a la cantidad de sistemas de cobertura en salud: ocho de los varones cuentan con un tipo de cobertura en salud, dos varones cuentan con dos sistemas de cobertura (obra social y servicio de emergencia en un caso, y en el otro, obra social y plan privado de salud), y un varón cuenta con tres coberturas (dos obras sociales y un sistema de emergencias). (Cuadro N° 8)

Cuadro N° 8: Sistemas de atención en salud. Varones adultos. Córdoba. 2010													
Cobertura de salud	EP1	EP2	EP3	EP4	EP5	EP6	EP7	EA1	EA2	EA3	EA4	EA5	EA6
Obra social	X	X		X		XX	X		X	XX	X	X	X
Mutual /plan privado			X								X		
Sistema público				X				X					
Servicio emergencias						X							
No asociado					X			X					

Fuente: Estudio exploratorio y descriptivo. Masculinidades y Salud en varones adultos. Córdoba, Argentina. Soria Norma. 2010

Creencias religiosas: Es escasa la adscripción a un sistema de creencias religioso por parte de los varones consultados, tres refieren profesar o practicar una religión y lo hacen en la Católica Apostólica Romana, la cual fue históricamente la religión

Universitario), OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios), OSPACA (Obra Social del Automóvil Club Argentino).

²⁰ Sistema de cobertura organizado y financiado por el estado en general para la población sin cobertura de salud de otro tipo.

mayoritaria en este país, así como en la provincia de Córdoba, contando aun con un estatus jurídico diferenciado en relación a otras religiones y creencias. Diez varones dijeron no profesar ni practicar ninguna religión.

A modo de síntesis de este punto se destacan algunos aspectos:

- Existe un importante nivel de estudios alcanzados por la mayoría de los varones, contando con estudios universitarios y de postgrado. Un varón cuenta solo con estudios de nivel primario.
- Todos los varones desarrollan una actividad laboral, a excepción de uno que por decisión propia se encuentra en etapa de cambio de rubro.
- Las jornadas laborales se caracterizan por ser intensas, ya que la mitad de los varones tienen dos trabajos y ocho trabajan los fines de semana.
- Existe precariedad laboral respecto a las condiciones de trabajo de parte del personal de salud y de los que se dedican a investigación, por tratarse de sistemas de contratación sin relación de dependencia y sin beneficios sociales. Esto ocurre tanto en los ámbitos públicos como privados.
- Las condiciones laborales en la mitad de los trabajadores no han mejorado en los últimos años.
- Existe insatisfacción laboral en la mitad de los varones trabajadores.
- En los hogares familiares (9), las mujeres trabajan a excepción de solo dos, siendo importante la inserción laboral femenina.
- Respecto a los modos de cobertura en salud de los varones, están en relación con el modelo de organización de la atención en salud de Argentina, el cual está constituido por tres subsectores: público, de las obras sociales y privado. Modalidad caracterizada por su complejidad y heterogeneidad provocando fragmentación y superposición de servicios y recursos.
- Que solo tres varones manifiesten su fe religiosa podría tener que ver con el alto nivel de estudios alcanzados, con el sector social al que pertenecen, y/o con la falta de credibilidad en la organización religiosa en los últimos tiempos²¹.

²¹ Según un estudio realizado sobre Religión, Sociedad y Estado en Argentina en marzo de 2.008, por el Observatorio Calir (Consejo argentino de la libertad de religión en la República Argentina), “la mitad de los consultados (de 992), no participa en ninguna iglesia, comunidad u organización religiosa. La otra mitad concurre, aunque una parte significativa lo hace sólo de forma esporádica, por ejemplo para las fiestas religiosas. Los argentinos consultados se encuentran alejados y no participan en forma activa”.

- Si se relaciona la insatisfacción en el trabajo manifestada por los varones, su deseo de trabajar en otra actividad, con su capacidad laboral excedida, y su edad, podrían tratarse de firmes candidatos a enfermedades cardíacas por bournout y estrés laboral.

Relaciones afectivo- sociales

En este apartado se describirán los aspectos que hacen a los vínculos afectivos, y sociales que establecen los varones.

Los grupos familiares y de convivencia de los varones se caracterizan por tener las siguientes conformaciones:

- parejas con hijos/as pequeños (8)
- varón que vive junto a su pareja (1)
- varón que vive junto a dos amigos y una amiga (1)
- varones que viven solos (3)

El tipo de estructura familiar²² que prevalece es la pareja con hijos/as pequeños, denominada *familia nuclear*. Estos grupos familiares se encuentran en la etapa del ciclo vital familiar denominada *formación*²³ en cuatro casos, y de *extensión*²⁴ en cinco casos.

En este estudio entonces, la mayoría de los hogares son *familiares* (9), y en menor presencia *unipersonales* (3), y *de grupos de amigos* (1). (Cuadro N° 9)

Se encuentran compartiendo una relación afectiva de pareja al momento de la consulta, diez de los varones, y solo uno de ellos no convive junto a su pareja.

Dos varones refieren que su opción afectiva es por personas de su mismo sexo, los cuales no se encuentran al momento de la consulta en pareja.

En cuanto al tiempo de convivencia, cuatro de las parejas llevan entre 4 y 5 años, mientras que cinco parejas llevan entre 8 y 12 años, lo cual estaría indicando que se trata de relaciones de estabilidad. Iniciaron su convivencia de pareja actual a los 23 años tres de los varones, mientras que seis lo hicieron entre los 27 y 37 años de edad.

Tienen hijos e hijas diez de los varones. En cuanto a la cantidad, manifestaron tener dos hijos seis de los varones, un hijo/a tres de ellos, y cuatro hijos/as un varón. Las parejas que llevan entre 4 y 5 años de convivencia en general tienen un hijo/a, mientras que las que llevan más de 10 años tienen dos hijos/as o más.

²² Considera quienes integran el grupo familiar, el número de integrantes, el tipo de parentesco que los une y las relaciones entre ellos.

²³ Formación que se caracteriza por la pareja sola, o la pareja y un hijo o hija.

²⁴ Formación caracterizada por la pareja y sus hijos o hijas a partir del segundo y hasta el último.

Cuadro N° 9: Hogares familiares. Conformación según edad, sexo y años de convivencia de la pareja. Varones adultos. Córdoba Argentina. 2010.

Cod.	Varón/edad	Pareja/ edad	Convivencia	hija/as	hijo/os
E1	33 años	29 años	10 años	No	9 años-3 años
E2	46 años	42 años	12 años	No	10 años-4 años
E5	37 años	39 años	5 años	1 año y 3 meses	No
E7	41 años	44 años	11 años	2 años	11 años
EA2	34 años	33 años	4 ½ años	1 año y 9 meses	No
EA3	37 años	38 años	4 años	2 años	5 años
EA4	32 años	32 años	9 años	No	1 año
EA6	31 años	35 años	8 años	6 meses	5 años
EA1	41 años	36 años	4 años	No	No

Fuente: Estudio exploratorio y descriptivo. Masculinidades y Salud en Varones adultos. Córdoba Argentina. Norma Soria. 2010.

Dos de los varones que viven solos, son divorciados y tienen hijos/as (uno tiene dos hijas y el otro 4 hijos/as), y comparten con sus hijos/as actividades de frecuencia semanal u ocasional. La no convivencia con sus hijos e hijas producto de la separación conyugal, y la relación con ellos y ellas, se constituye en una fuente importante de malestar en los dos casos señalados.

Se consultó a los varones sobre cuántos hijos/as les gustaría tener o le hubiera gustado tener, nueve de ellos manifestaron desear tener más hijos de los que tienen al momento de la consulta. Esto estaría relacionado con la etapa familiar en la que se encuentran, la de formación o expansión familiar. (Cuadro N° 10)

Dos varones dijeron estar conformes con el número de hijos/as que tienen, mientras que uno manifestó que hubiera querido tener menos (tiene 4).

Uno de los varones dijo querer tener hijos pero no sabe cuantos.

Los dos varones homosexuales manifestaron su deseo de tener hijos.

Cuadro N° 10: Cantidad de hijos/as y deseo de los varones. Córdoba. Argentina. 2010													
Código	EP1	EP2	EP3	EP4	EP5	EP6	EP7	EA1	EA2	EA3	EA4	EA5	EA6
N° hijos/as que tiene	2	2	4	No tiene	1	2	2	No tiene	1	2	0	1	2
N° hijos/as que desea tener o haber tenido	2	3	2/3	Si	2/3	3/4	2	2	4	3	1/2	2	3

Fuente: Estudio exploratorio y descriptivo. Masculinidades y Salud en Varones adultos. Córdoba Argentina. Norma Soria. 2010.

Referentes maternos y paternos: Se consultó a los varones sobre los recuerdos que tienen acerca de sus padres y madres de niños y al respecto pudieron expresarse describiendo a sus madres de la siguiente manera:

“muy afectiva, cariñosa, tierna, muy presente, pendiente de todo, sobreprotectora, trabajadora, conservadora, dedicada, recta, mandona, sabia, alegre, responsable, justa, honesta”

Respecto a los padres los describieron por una parte de la siguiente forma:

“muy distante, muy en su mundo, callado, ausente, poco afectivo, mandón, personalidad muy fuerte, muy rígido, muy trabajador, sostén de familia, muy eficiente, exitoso”

Por otra parte pudieron también destacar de sus padres aspectos como ser:

“muy tranquilo, muy reflexivo, pensante, idealista, bueno, con enseñanzas muy buenas, muy preocupado por su hijo, muy presente, muy compañero, cariñoso, justo”

Una buena parte de los integrantes de diversas generaciones en América Latina creció con una imagen de padre ausente y distante aunque estuviera físicamente presente y cercano. Un padre que evitaba ser expresivo en sus afectos con relación a sus hijos, hijas y pareja, pensando que de esta manera transmitía la seguridad y autoridad que su familia necesitaba. (Padilla Ramos, 2001)

Las paternidades son procesos socio-culturales y subjetivos, que se construyen social e históricamente y se reproducen al interior de las familias. (Fuller, 2002)

Ser padre es un fenómeno complejo y cambiante, que no se puede entender sin considerar sus articulaciones con la maternidad y las relaciones de parentesco. La paternidad comprende a todos los miembros de una familia y al lugar social dentro de los órdenes económico, político y sociocultural que dicha familia ocupa en su entorno. (Viveros, 2002)

Según Barker y Verani (2008) son numerosos los factores asociados a la participación de los hombres como padres o proveedores de cuidados, tales como su nivel educativo, la relación con la madre, la propia experiencia del varón en la relación con su padre, la edad del hijo, la edad que tiene o la etapa de desarrollo en la que se encuentra el varón, las actitudes o creencias sobre los roles de género que posee, entre otros.

Estos varones han sido subjetivados en general en modos tradicionales a través de sus referentes maternos y paternos, representados a través de estereotipos basados en relaciones de desigualdad entre los géneros. Las madres están asociadas con el afecto, la cercanía física y emocional, la dedicación y la sabiduría. Los padres si bien fueron caracterizados desde roles tradicionales (trabajo, eficiencia, éxito, rigidez), también pudieron en algunos casos destacar en ellos otros aspectos que insinúan mayor cercanía, contacto y protección.

Desde el modelo de paternidad tradicional las relaciones entre padres e hijos se dan de manera tal que el padre representa la autoridad y los hijos la obediencia, constituyéndose en una modalidad de disciplinamiento.

Desde otros modelos de subjetivación masculina (transicional, innovador) se promueve una mayor participación y compromiso afectivo y afectuoso de los padres en relación a sus hijos, pudiendo compartir experiencias enriquecedoras con los mismos.

Si bien la mayoría de los varones del estudio fueron subjetivados a través de referentes maternos y paternos tradicionales pudieron construir relaciones de mayor contacto afectivo y participación en las actividades relacionadas a la familia y sus hijos e hijas, lo cual fue expresado en la consulta respecto a la organización y dinámica intrafamiliar.

Organización intrafamiliar: Se consultó a los varones acerca de tareas que se realizan en el ámbito cotidiano familiar, y sobre los responsables de la ejecución de las mismas.

Teniendo en cuenta las diferentes conformaciones de los hogares surge del análisis de la dinámica familiar, que en el caso de los hogares unipersonales, uno recibe ayuda externa remunerada para la realización de tareas como la limpieza de la vivienda y el lavado y planchado de ropas, mientras que los otros dos varones realizan todas las tareas por sus propios medios.

En el caso del hogar conformado por un grupo de amigos, comparten en general las tareas comunes como ser: compra de insumos, lavado de vajilla, lavado de ropas, limpieza de vivienda, y pago de impuestos y servicios.

En cuanto a los hogares familiares surge que:

- En siete de los nueve hogares ambos miembros de la pareja trabajan fuera del hogar de manera remunerada.
- Tres de los hogares reciben ayuda externa (de manera remunerada) para tareas como ser: cuidado de niños/as, limpieza de vivienda, lavado y planchado de ropas, transporte escolar, jardinería y servicio delivery de pago de impuestos.
- Un hogar recibe ayuda externa por parte de familiar respecto al cuidado de los hijos y su traslado a la escuela.
- Las actividades compartidas por el varón y la mujer en el ámbito de la casa son especialmente las relacionadas a los hijos e hijas: cuidado, acompañamiento en las tareas escolares, traslado a la escuela y acompañamiento a los servicios de salud. Estas tareas son compartidas incluso por uno de los varones divorciado con su ex pareja y madre de sus hijos/as.
- Aparecen también como tareas compartidas por el varón y la mujer: comprar los insumos para la vivienda, cocinar, lavar vajillas, y limpiar la vivienda.
- Existen tareas realizadas mayormente por las mujeres como ser: lavado y planchado de la ropa.
- Existen tareas realizadas mayormente por los varones como ser: el pago de impuestos y servicios, el lavado del vehículo y tareas de jardinería.

Al consultarles acerca de las tareas o actividades consideradas como no propias de los varones en la casa, ocho respondieron que ninguna tarea debe ser considerada no propia del varón en la casa, y los demás varones hicieron referencia a actividades como: lavar, la limpieza profunda y planchar.

Los varones consideran que están más calificados en el ámbito de la casa para tareas como el mantenimiento o arreglos de la casa y del vehículo, para cocinar y para atender a los hijos/as. Otras tareas que citan son: para la limpieza superficial, compras, y jardinería.

Las tareas que les gusta realizar en la casa son principalmente cocinar y jardinería. Luego aparecen: atender, cuidar y jugar con sus hijos/as, reparaciones y refacciones, limpiar la pileta, limpiar afuera.

Los varones consideran que las mujeres están más calificadas en el ámbito de la casa para: cocinar, limpiar, decoración, diseño, y la contención emocional familiar.

Aparecen roles tradicionales estereotipados respecto a tareas y responsabilidades en el ámbito doméstico o intrafamiliar por género.

Además aparecen roles nuevos en relación a la participación de los varones en este ámbito: actividades en relación a sus hijos e hijas, cocinar, comprar insumos, que son identificadas por los varones como de su agrado y de la cual disfrutan.

No aparece en el discurso de los varones la superposición de tareas, característica de la cotidianeidad femenina.

Fidelidad en la pareja: Al consultarlos sobre el tema de la fidelidad, seis varones la consideran básica, fundamental y necesaria en la pareja, dos la definen como una elección o un acuerdo de pareja, y que “depende de la voluntad, del interés, del compromiso con el otro”, “es un ideal muy difícil de concretarlo”, dijo uno. Dos la consideran una categoría teórica que tiene una construcción cultural y hasta política, como un “corsé cultural”, y que “no es una cosa natural sino sumamente cultural”.

Aparecen aspectos ligados a modos de subjetivación innovadores en lo que respecta a la consideración de la fidelidad como un valor necesario en la pareja, y como una opción de ambas partes, ligado al compromiso y afecto con el otro y que la infidelidad puede ocurrir en caso de conflicto y provocar la ruptura. (Tajer, 2009)

Relaciones de violencia entre los géneros: Al consultarlos acerca de porqué consideran que se produce una relación violenta de un hombre hacia una mujer, expresaron toda una diversidad de motivos o causas que tienen que ver con situaciones personales, con aspectos relacionados a la pareja, y también con aspectos de carácter social y cultural.

Entre los motivos personales citaron: alcoholismo, drogas, sufrimientos, humillaciones, frustraciones, intolerancia, problemas psicológicos, trastornos de conducta previos, inseguridad personal, y vivencias en la infancia.

Entre los aspectos relacionados a la pareja citaron: celos, falta de diálogo, falta de comunicación o mala comunicación, y desgaste de la relación.

Y entre los aspectos de carácter social y cultural citaron: patrones culturales, enseñanzas recibidas, “el machismo”, temas sociales, por repetición de situaciones familiares violentas, mucha impotencia por el medio en que viven, y porque está legitimado y naturalizado por la sociedad.

En general hacen referencia a varios factores, y describen a estas situaciones como “válvula de salida a toda una violencia social”, “como canalización de esas alienaciones”. Algunos hacen referencia a una responsabilidad compartida “es culpa de

ambos”, “ambas partes ponen de su parte”, “son ida y vuelta”, “el agresor es víctima-victimario”.

Un varón manifestó no poder contestar esta pregunta.

A modo de reflexión, se puede señalar que no aparece en el discurso de la mayoría de los varones la identificación de la violencia de género como expresión de poder masculino determinado en la construcción de la subjetividad masculina hegemónica.

En la actualidad, los estudios sobre violencia de género señalan que en los espacios intra y extradomésticos se ejercen diversas formas de violencia: las mujeres y niños y niñas son casi siempre quienes sufren violencia sexual, física y psicológica en el ámbito doméstico por parte de los varones, estas agresiones producen diversos daños directos e indirectos a la salud. Los varones por su parte suelen ser en mayor proporción victimarios y víctimas de violencia extradoméstica.

En estas relaciones está legitimada la expresión de los sentimientos hostiles de manera violenta ante alguna situación que resulte amenazante a su posición masculina, es decir que vaya en contra de sus deseos de dominio y poder. Ante dificultades e imposibilidad de resolver sus conflictos afectivos o emocionales aparece el enojo frecuentemente y de manera importante. (Tajer, 2009)

La violencia es una expresión extrema de la dominación masculina en el ámbito familiar, que afecta la autonomía, la capacidad de tomar decisiones y los cuidados de la salud de la mujer.

Por todo ello la violencia en las relaciones entre los géneros se constituye en un problema actual grave, social y de salud pública.

A continuación se desarrolla un apartado sobre las enseñanzas, mensajes y mandatos que reciben los varones en los procesos de sociosubjetivación acerca de lo que se espera de ellos y de su vida como tales.

Socialización recibida respecto a masculinidades y sexualidades

En esta sección se incluye información respecto a lo que los varones consultados consideran que es ser hombre, sobre machismo, homosexualidad, fidelidad en la pareja, y sobre mandatos y roles que le fueron y son asignados en su vida, como varones.

También sobre diversos aspectos que se relacionan con los malestares masculinos: soledad, tristeza, enojos, temores, entre otros.

En lo que respecta a socialización masculina y sexualidades, se incluye información sobre conocimientos, opiniones, y decisiones que toman los varones en cuanto a lo que hace a su sexualidad.

Ante la consulta sobre *¿qué es ser hombre?*, los varones respondieron con toda una serie de tareas, funciones y valores que les corresponderían como tal, entre ellas refirieron:

“... formar una familia, trabajar, llevar dinero a la casa, no sé, no sé...” (EP1, 32 años)

“...es una cuestión de género, hay una cuestión social de que el hombre tenía otro tipo de responsabilidades, llevar dinero a casa, no llorar, no expresar sentimientos, hoy en día aprendí que no es así que el hombre debe llorar, es una forma de liberar las angustias. La crianza de los hijos debe ser compartida y no es feminismo ni machismo sino ser padres...” (EP2, 46 años)

“...primero ser hombre es un problema por las determinaciones sociales, culturales y hasta biológicas, que desde ahí han sido construidas... heteronormatividad...” (EP4, 30 años)

“... es ser humano, desarrollarte rol natural, integral, rol social, familiar...” (EP5, 37 años)

“... es el complemento de la mujer... ser hombre culturalmente tiene que ver con el impuesto social, el hombre es diferente de la mujer: no puede tener un embarazo, un parto, criar los hijos al principio. El hombre cumple un papel más protector, macho proveedor, pero ya pasado de moda... mas vale que la mujer trabaje porque si se divorcia...” (EP6, 48 años)

“... el hombre es el protector de la familia, de la casa...” (EA2, 34 años)

“...es ser y actuar acorde al arquetipo masculino...” (EA3, 37 años)

“... hacerme responsable de mi vida y de mis actos, poder comprometerme y tomar responsabilidades ante otras personas, poder cuidar de otros...” (EA4, 48 años)

“... ser honesto, frontal, respetuoso, protector, responsable...” (EA5, 32 años)

Es para destacar que las respuestas están de acuerdo a los estereotipos de género asociados a la masculinidad hegemónica o tradicional y sus mandatos y roles, cuyos pilares son trabajar, formar una familia y no demostrar los sentimientos (“los hombres no lloran”).

En general la consulta generó sorpresa y cierta incertidumbre en los varones, los cuales no encontraban palabras o formas para responder como primera reacción, situación que se fue modificando y pudieron pensarse y expresarlo en palabras. Uno dijo que la pregunta es “difícil”, y otro que le “genera contradicciones”.

Uno de los varones planteó su proceso personal al haber recibido a través de su socialización primaria lo que le correspondía ser desde un modelo tradicional, pero que en su adultez, pudo reconstruir ese modelo y ejercer otra forma de “ser hombre” poniendo en cuestión y modificando alguno de los mandatos y valores recibidos en aquellos tiempos.

Expresaron que los hombres no son todos iguales entre sí y que los aspectos que los diferencian son muchos, entre ellos: las variantes de conductas, las experiencias personales, sus objetivos y proyectos, sus historias de vida, las diferentes formas de construirse, las formas de pensar, sus culturas, sus intereses e inquietudes, las crianzas, y los valores.

A pesar de esa diversidad, existe toda una serie de enseñanzas generales recibidas por los varones, acerca de las tareas asignadas comunes en todos, como se detalla en los testimonios. Señalaron como otras tareas que les fueron enseñadas a los varones además de las referidas ante la consulta sobre “ser hombres”, las siguientes: “no jugar con muñecas, ser fuerte, mandar, bancársela, pelear, cuidar a las mujeres, gustar de las mujeres, jugar al fútbol, no vestir de rosa, no bailar, ser autosuficiente, tener una profesión...”

Por otra parte, a los varones les enseñaron respecto a las tareas asignadas a las mujeres, lo siguiente: “encargarse de lo doméstico, hacer la limpieza, lavar, planchar, criar a los hijos, jugar a las muñecas...”

Al consultarles en donde recibieron esas enseñanzas dijeron que en sus casas, y en sus familias principalmente, y también a través de sus amigos, personas adultas, en la escuela y en la iglesia.

Respecto a la consulta sobre *¿qué es ser machista?* expresaron lo siguiente:

...“es condición que surge de la idea central de que el hombre, género masculino, es superior al género femenino, superior intelectualmente, socialmente, y en las capacidades prácticas...” (EP3, 46 años)

...“mecanismo utilizado para sostenimiento de un sistema patriarcal. Mecanismo de sometimiento, exclusión, violencia...” (EP4, 30 años)

...“es ver las cosas de una manera sesgada. Hombre por encima de la mujer...” (EP5, 37 años)

...“poner a la mujer como un ser inferior, creer que el hombre es el único que puede un montón de cosas...” (EP6, 48 años)

...“creerse que uno está por encima de todas las cosas y no tiene fallas...” (EP7, 41 años)

...“creer que el hombre es mejor que la mujer, degradarla...” (EA3, 37 años)

...“considerar que hay diferencias entre hombres y mujeres, más allá de las físicas, o sea considerar que hay diferencias intelectuales, emocionales o de derechos por el simple hecho de la diferenciación de género...” (EA4, 48 años)

... “es una actitud social que promueve la dominación masculina, el sometimiento de la mujer y un rechazo a todo lo que no se sujete a una tradicional relación hetero, los machistas tienen un discurso homofóbico...” (EA6, 31 años)

Estos conceptos coinciden con los estudios de género sobre las masculinidades que señalan que el “machismo” comprende el conjunto de creencias, costumbres y actitudes que sostiene que los hombres son superiores. Se expresa en los llamados *estereotipos de género* que son ideas simplificadas y distorsionadas sobre las características de los hombres y las mujeres, transmitidas por el sistema social: los hombres son fuertes, más importantes, deben dominar, sus trabajos son más importantes; mientras que las mujeres son débiles, tiernas, suaves, y deben ser protegidas.

Los varones expresaron claramente aspectos básicos del machismo: el hombre es superior a la mujer (intelectual, socialmente, y en sus capacidades prácticas), el hombre está por encima de la mujer, la mujer es inferior, el hombre es mejor, no tiene fallas, no existe igualdad de derechos. Todos aspectos que se constituyen en mecanismos de sometimiento, exclusión, de violencia, y promueven la dominación masculina.

En el discurso de algunos varones aparecen ante la consulta de las enseñanzas recibidas acerca de los roles, adjetivos calificativos hacia las mujeres y que las describen como “lloronas, débiles, hartantes, histéricas, que se preocupan demasiado por su aspecto, y que se interesan por temas superficiales”. Calificativos expresados en relación a las mujeres que ponen de manifiesto un discurso machista, con base en la descalificación y subestimación de la mujer, que es la forma de machismo menos estereotipada y más oculta expresada a través de formas sutiles de control y descalificación.

Malestares masculinos. Se pidió a los varones una auto evaluación respecto a su carácter o forma de ser, nueve lo calificaron como bueno o muy bueno y dos como regular. Uno lo definió como ambiguo, y uno dijo que no sabe y que no le gusta autoevaluarse.

Uno de los que evaluó su carácter como muy bueno aclaró que “no es algo natural, sino que creo me esfuerzo por mejorar”.

Se consultó a los varones acerca de diversos aspectos relacionados a sus emociones y sentimientos, y sobre sus reacciones ante algunos de ellos, obteniendo la siguiente información:

- Las emociones o sentimientos que pueden expresar con más facilidad son el enojo, la ira, el odio, el malestar, la antipatía, y el desagrado. En segundo lugar: el amor, el afecto, el cariño, y el agrado.
- La mayoría de los varones (9) manifestaron que en ocasiones se sienten solos, y que recurren cuando lo necesitan a sus esposas o amigos/as, en primer lugar. También recurren a otros familiares como madre, padre o hermana. Uno de los varones recurre a su terapeuta. Tres dijeron no acudir a nadie.
- Los motivos o situaciones que les provocan llanto a los varones son estados de angustia o tristeza, y también la impotencia. Por ejemplo: recuerdos, sensación de falta, muerte, depresión, “cuando me dejan los hombres” (en el caso de varón gay), separación y por familiares. Todos reconocen que lloran a excepción de uno que dijo, “no lloro porque no me gusta”.
- Las cosas que les generan tristeza son las relacionadas a sus hijos, hijas y familiares más cercanos. Por ejemplo: “la relación con mis hijas” (luego de la separación conyugal), “ser un padre de visita”, “la enfermedad de familiares”, “tener los afectos lejos”, “las diferencias con familiares”. Otras situaciones que citan como motivos de sus tristezas son: la muerte, el desamor, las frustraciones afectivas, la soledad, los problemas sociales, la impotencia, el sufrimiento muy conmovedor de alguien, el fútbol.
- Les produce temor o miedo principalmente la inseguridad, y la violencia social en relación a sus hijos/as y familiares. También lo relacionado a la salud y/o enfermedad de sus familiares; y lo referido a la inestabilidad laboral y económica, la falta de éste o la pérdida del trabajo. Como otros motivos de temor surgen, la muerte, el temor a los cambios, el abandono, la incertidumbre, la homofobia.
- Las formas en que los varones reaccionan ante las situaciones que le generan temor o miedo son: con cautela, estando alerta, y con precaución (4), se paraliza (ante la sensación de abandono) o se encierran (3), piensan o intenta racionalizar (3), se angustian o ponen tristes (3), se enojan (2), verbalizan (2), evaden el tema y no piensan en eso, por ejemplo atrasa los controles ante problema de salud (2), trabaja y milita para cambiar la situación (homofobia) (1), pide ayuda

profesional si no supera el miedo o ve que le afecta mucho en su vida cotidiana (1). Dos no respondieron a la consulta.

- Los temas que le provocan enojo son diversos: las peleas, las discusiones, las agresiones, el lenguaje no verbal muy agresivo, las interrupciones, que le griten, y que lo maltraten o presionen. También, las injusticias y las situaciones humillantes (laboral, relación con sus hijos, separación conyugal), la falta de confianza, la falta de respeto a los acuerdos, la mentira, cuando las cosas no son como ellos quieren, la impaciencia, la falta de seguridad, que pierda su equipo de fútbol, el tránsito en la ciudad.
- Las formas en que reaccionan los varones ante sus enojos son en primer lugar, a través de: “violencia verbal fuerte y cruel”, “putear mucho”, “gritar”, “impulsivamente”, y “mal humor”. Otras formas: “me acuesto a descansar”, “con silencio profundo”, “reflexivamente”, “evito”, “dejo de dar bola”, “me alejo”. También, “haciéndoselo saber al otro”, “reclamando”, “poniéndome mal”, “reprimis mis sentimientos”, “trato de controlarme”.

Ante la consulta sobre las causas o motivos de sus malestares (tristeza, temor, enojo) en general los varones manifestaron que tiene que ver fundamentalmente con sus vínculos afectivos y familiares.

Las modalidades en que expresan sus malestares ante el temor o enojo son fundamentalmente con actitudes como el ensimismamiento (alerta, encierro, parálisis), o con violencia verbal, gritos y mal humor. Es de destacar que un solo varón planteó como posibilidad el diálogo con el otro, es decir más bien se aíslan, reprimen o agreden ante sus enojos.

Esto se refleja ante la consulta sobre las emociones o sentimientos que pueden expresar con más facilidad dijeron: enojo, ira, odio, desagrado, malestar.

Socialización respecto a la sexualidad. Los varones no consideran a los centros de salud (clínicas, sanatorios, consultorios, hospitales) como lugares de referencia para consultas sobre sexualidad o reproducción, ni para la obtención de métodos anticonceptivos. Solo un varón realizó consulta y solo dos retiraron métodos anticonceptivos. Se supone que se proveen de métodos anticonceptivos alguna vez por sus propios medios.

Consideran que el método anticonceptivo más conveniente para ellos es el preservativo masculino en once casos, uno dijo no tener opinión formada, y otro no utilizar método.

Del discurso de los entrevistados surge que la elección del preservativo está relacionada a aspectos tales como:

- Si está contraindicado otro método como por ejemplo el hormonal (“las pastillas”), apareciendo como segunda opción.
- Si no existe una pareja estable. Asociación de pareja estable a fidelidad y protección de enfermedades sexuales.
- Según la circunstancia, “cuando hace falta”.
- De acuerdo a la etapa vital, insinuando la relación entre edad y nivel de actividad sexual.
- Por su función de prevención de embarazos, y enfermedades.
- Por sus características específicas: “seguro”, “práctico”, “accesible”, “eficaz”.

Según uno de los varones, la posibilidad de que la elección del método anticonceptivo se haga por consenso está relacionada a contar con una pareja estable, de lo contrario, la decisión unilateral del varón es por el preservativo masculino.

Se los consultó acerca de los métodos anticonceptivos que conocen, y resultó que los varones reconocen una importante variedad de métodos anticonceptivos, fundamentalmente los de barrera y los hormonales, como son el preservativo masculino y las píldoras anticonceptivas. (Cuadro N° 11)

Otros métodos muy citados son el dispositivo intrauterino, los quirúrgicos y los métodos naturales.

Fueron citados también el “coitus interruptus” y abstinencia como métodos anticonceptivos. El primero, no se constituye en método, pero sí en una modalidad sexual bastante arraigada. No es una práctica recomendable debido a los riesgos que acarrea y la baja eficacia además del impacto emocional y la inseguridad que genera en la pareja. La abstinencia es el método recomendado por la iglesia católica, la cual se opone en general a todo tipo de método anticonceptivo.

La “pastilla del día después”, si bien es citada como método anticonceptivo por tres varones, se constituye en un método de emergencia, ante una situación de riesgo.

**Cuadro N° 11: Métodos anticonceptivos conocidos por los varones adultos.
Córdoba Argentina. 2010.**

Métodos anticonceptivos	Método/ frecuencia
Métodos de barrera	- preservativo masculino: 12 - preservativo femenino: 4 - diafragma: 3
Métodos hormonales	- pastillas: 11 - inyectable: 1
Dispositivos intrauterinos	- DIU: 10
Métodos naturales	- ritmo-fecha de ovulación y temperatura basal: 10
Métodos quirúrgicos	- ligadura tubaria: 5 - vasectomía: 4
Métodos químicos	- óvulos: 1

Fuente: Estudio exploratorio y descriptivo. Masculinidades y Salud en Varones adultos. Córdoba Argentina. Norma Soria. 2010.

Utilizan algún tipo de método anticonceptivo al momento de la consulta nueve varones. Los varones cuya elección sexual es otro varón, dijeron al respecto: no utilizar método anticonceptivo por no tener relaciones sexuales con mujeres, en un caso, y otro varón dijo no tener relaciones sexuales con mujeres pero que usa método (preservativo) para prevenir enfermedades. El discurso del primer varón presupone una relación directa entre la sexualidad o los cuidados en relación a ella, con la procreación, excluyendo la posibilidad de cuidados de infecciones de transmisión sexual, lo cual ilustra el impacto de la masculinidad hegemónica en su socialización de género.

Se consultó a los varones si conocían la existencia de la *Ley 26.130*²⁵, siete dijeron conocerla, uno de ellos aclaró que parcialmente ya que no sabía que incluía a los varones, cinco no la conocían y de uno no se obtuvo el dato.

De los que manifestaron no conocerla o hacerlo parcialmente, tres trabajan o lo hicieron recientemente en salud pública, atención comunitaria, y en el ámbito privado,

²⁵ Ley 26.130 vigente en Argentina desde agosto del año 2003, brinda acceso a la anticoncepción quirúrgica que incluye ligadura tubaria en el caso de las mujeres y ligadura de conductos deferentes en el caso de los varones, de manera gratuita y a través de los hospitales públicos y/o las obras sociales.

lo cual denota falta de información, de capacitación en servicio y en promoción y prevención en salud.

Al consultar acerca de si utilizarían la *Vasectomía* como método anticonceptivo casi todos (once) dijeron que no lo harían, siendo la respuesta inmediata, y contundente. Solamente un varón dijo que optaría por ese método anticonceptivo, y de un varón no se pudo obtener este dato.

Aparece en los varones como motivos para no elegir la vasectomía dos causas principales: el no tener necesidad de su utilización (“otros métodos funcionan”, “no tengo hijos”, “no tengo relaciones sexuales con mujeres”), y para evitar una intervención quirúrgica. Otros expresaron que no elegirían este método por no tener claro el tema, y por la edad.

Del discurso de los varones surge la consideración de la vasectomía como una decisión dramática, terminal e irreversible. La consideran invasiva por tratarse de una intervención quirúrgica y además, como una mutilación para su cuerpo.

Se consultó a los varones si recuerdan la *edad de su inicio sexual*, todos respondieron que sí. En general fue entre los 10 años y los 21 años, siendo entre los 16 y 19 años el período en que la mayoría inició sus experiencias de encuentros sexuales.

Al consultarles sobre como evaluarían hoy esa experiencia, siete la consideraron regular, tres muy buena, y uno buena. Uno no recuerda y de uno no se tiene dato.

Al consultarles como evalúan su vida sexual actual, seis la consideran muy buena, cuatro buena, dos regular y uno mala (porque está sin pareja).

Se consultó a los varones acerca de cómo evaluarían la comunicación con su pareja en la actualidad y respondieron seis que muy buena, y cuatro buena.

Al consultar a los varones acerca de la frase “*Los hombres por el solo hecho de serlo saben todo acerca de sexualidad*”, surgió que once de ellos consideró que no es así, y calificaron la frase como de prejuiciosa, mentirosa, errónea y absurda.

Algunos definen al contenido como “descalificador hacia la mujer”, “machista”, que “en realidad sucede justamente al revés”, “los hombres son los que menos saben”, que “es un preconceito totalmente equivocado”, y que “los hombres necesitan de educación sexual del mismo modo que las mujeres”.

Al consultar que opinan acerca de la frase “*El hombre necesita más del sexo que la mujer*” (que responde al modelo hegemónico y patriarcal de la masculinidad), cuatro consideraron que es verdadera o que la comparten, mientras que siete consideran que “es falsa”, que “no es cierto”, o que “está mal”. Un varón respondió que “es una

simplificación de la conducta sexual masculina, y que el hombre tiene un proceso de autolegitimación en la genitalidad frecuente”.

Otros expresaron que el hombre necesita del sexo igual que la mujer, pero que el hombre por cuestiones culturales se reprime menos la satisfacción de dicha necesidad, mientras que la mujer puede aguantar. Otros califican al contenido de la frase como machista. La cuestión cultural aparece en las respuestas de manera reiterada como condicionante de las conductas sexuales.

Los varones consideran que la *homosexualidad* es una elección individual (seis), y uno como un trastorno de la conducta sexual. Cuatro no respondieron a la consulta.

Dos varones reconocen su homosexualidad y la definen de la siguiente manera:

“Es una sexualidad mas como otras, es la mejor (se ríe), no mentira, cuesta...” (EA2, 34 años)

“...es una forma de vivir la sexualidad. Considero que la sexualidad no se limita sólo a la genitalidad y que admite múltiples variantes, de modo que las personas nos relacionamos con los demás desde nuestra sexualidad. Particularmente creo que todos experimentamos atracción por personas de nuestro propio sexo y por personas del sexo opuesto, pero que culturalmente se han establecido categorías de clasificación de las subjetividades como homosexuales, bisexuales, heterosexuales, asexuales, etc. Pienso que distinguir y dividir a las personas usando un criterio de orientación sexual es no sólo muy arbitrario sino que limita y predispone el trato de los demás. Como persona que siente atracción por personas del mismo sexo pienso que es sólo una faceta más entre las múltiples que puede adquirir una personalidad, y que es muy importante pero no tiene por qué ser la determinante de la sexualidad” (EA4, 48 años)

Surge en el discurso de tres varones la palabra “rechazo”, relacionada a la reacción que les provoca cuando la homosexualidad deja de ser una conducta privada y personal, y se expresa de manera “ostentosa o provocativa”, condicionando su aceptación, a la no manifestación en esos términos.

A excepción de un varón todos dijeron tener amigos o familiares homosexuales.

Se consultó a los varones si en su vida sufrieron algún hecho de *abuso, acoso o violencia sexual*, y cuatro manifestaron que sí, todos hablaron con alguien acerca de lo sucedido, pero uno solo buscó ayuda, y lo hizo en familiares y amigos.

De los que atravesaron estas situaciones, las relataron en la entrevista dos de ellos, y se trató de hechos de acoso sexual, los otros dos varones no brindaron información al respecto.

Uno de los entrevistados en principio responde que nunca sufrió un hecho de este tipo pero luego recuerda una situación que identifica como tal. Relata los hechos y consulta si eso fue acoso, aclara en varias oportunidades que fue un hecho menor, sin

consecuencias, que “el tipo era pasivo”, y que no lo “tocó”. La situación tuvo que ver con un hecho de acoso físico durante un viaje en colectivo cuando era adolescente:

“... un guaso (hombre) viste en mi adolescencia, venía en el bondi (transporte público), me apoyaba en la mano (genitales), yo no me dí cuenta y cuando me bajo, me invita a un departamento... era trolo (homosexual)...”. “A los tres años, yo ya estaba más desarrollado, me pregunta uno que calle era... en barrio Juan B. Justo, le veo la cara, conocida, porque tengo memoria visual, y el vago (hombre) se acordó de mí, me dice, vos me debés un encuentro. Pero encima era pasivo el vago... Cuando era pendejo me incomodó, después no”. (EP5, 37 años)

En otro caso el entrevistado recuerda y relata episodio cuando tenía doce años, en un cine, en donde hubo un intento de aproximación de un hombre adulto, percibió algo raro, se levantó y se fue. Después de quince años, volvió a ver al mismo hombre en los medios de comunicación condenado por pedófilo, “...la cara me quedó marcada”, “hasta me acuerdo la película que daban”, ilustra en el relato, el impacto de la situación en su vida, que habiendo pasado más de treinta años aún lo recuerda.

En el primer relato el entrevistado puede reflexionar y revisar hechos sucedidos en su adolescencia que tienen que ver con su sexualidad, e identificar una situación de acoso sexual sufrida. Asocia el hecho de acoso sexual con la homosexualidad (refiriéndose al acosador) y como un agravante.

Llama la atención la coincidencia de varios aspectos en las dos situaciones: ambos eran adolescentes, ninguno registró en principio ante la consulta, haber sido objeto de acoso sexual, el detalle de los recuerdos a pesar del tiempo transcurrido, el haberse reencontrado muchos años después con esas personas y reconocerlos (a uno personalmente y al otro en los medios de información), la preocupación por definir si eso fue abuso sexual o no, y además la necesidad de dejar claro que ellos no fueron tocados, ni atacados directamente.

Es muy importante que los varones hayan podido exponer en el contexto de estas entrevistas este tema, ya que es uno de los tantos temas tabú, que se mantiene invisibilizado y oculto debido a las características que impone la masculinidad hegemónica, es destacable que hayan podido compartir esta información tan íntima, y que estaba guardada desde hace tiempo porque en principio no lo recordaban y al poder conectarse con su cuerpo y su vida en el marco de la entrevista, pudieron exteriorizarlo.

En la actualidad hay más varones y niños que han sido o son objeto de abuso, acoso o violación sexual de lo que se cree, sería un tema básico a abordar desde espacios de prevención en violencia sexual.

Condiciones de salud de los varones - Recorridos y experiencias en centros, instituciones y con profesionales de la salud

Se consultó a los varones sobre aspectos específicos que hacen a medidas de autocuidado, y reconocimiento de su condición de salud (peso, talla, presión arterial, colesterol, glucosa en sangre), así como acerca de hábitos y/o conductas que podrían considerarse de riesgo (alimentación, actividad física, conducción de vehículos, ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco).

Se tomó como referencia para este estudio la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación, que incluye los indicadores propuestos por la OPS en su herramienta para Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Peso y talla: Todos los varones dijeron conocer su talla y solo uno no conoce su peso corporal. A través del autorreporte de peso y talla, se pudo obtener el Índice de Masa Corporal (IMC)²⁶ y como resultado apareció que cinco de los varones posee un peso *normal*, mientras que siete tienen problemas de *exceso de peso* (uno *sobrepeso* o *preobesidad*, y seis *obesidad tipo1*). (Cuadro N° 12)

Cuadro N° 12: Índice de Masa Corporal. Varones adultos. Córdoba. 2010.				
Cod.	Peso	Talla	IMC	Diagnóstico
EP1	85	1.85	24.83	Normal
EP2	88	1.93	23.62	Normal
EP3	84	1.72	28.39	Preobesidad
EP4	67	1.75	21.87	Normal
EP5	107	1.80	33.02	Obesidad tipo 1
EP6	103	1.83	30.75	Obesidad tipo 1
EP7	90	1.71	30.77	Obesidad tipo 1
EA1	77	1.72	26.02	Obesidad tipo 1
EA2	72	1.75	23.51	Normal
EA3	90	1.86	26.01	Obesidad tipo 1
EA4	66	1.65	24.24	Normal
EA5	s/d	1.85	s/d	s/d
EA6	84	1.78	26.51	Obesidad tipo 1
Fuente: Estudio exploratorio y descriptivo. Masculinidades y Salud. Córdoba. 2010.				

²⁶ IMC es un índice propuesto por la OMS, el cual se obtiene a través de la expresión matemática, dividiendo el peso (masa en Kg.), sobre la estatura al cuadrado.

Cuatro varones dijeron no controlar su peso desde hace meses o años, de los cuales tres tienen problemas de exceso de peso (obesidad tipo 1). Cuando se consultó a los varones sobre cual era su peso, se reían y les generaba incomodidad decirlo, solo uno de ellos citó su preocupación por su sobrepeso, reconociendo que es un problema de salud en su vida junto al sedentarismo, y los consideró como enfermedades crónicas.

Presión arterial: Respecto al control de la presión arterial, todos lo hicieron alguna vez, pero seis no tienen conocimiento de cual es su presión habitual, lo que sería importante para detectar alteraciones o problemas. Uno de los varones es hipertenso y realiza tratamiento (medicación, dieta).

Colesterolemia: Controlaron alguna vez su colesterol nueve de los varones. Dos se encuentran en tratamiento por tener problemas, uno a través de homeopatía y el otro a través de dieta alimentaria y control nutricional.

Diabetes (DBT): Controlaron alguna vez su glucemia ocho de los varones, uno es diabético, el cual fue diagnosticado hace poco tiempo, se encuentra en tratamiento a través de medicación, dieta alimentaria, y por el momento no realiza actividad física, por sus problemas de ciática. Este varón (46 años) cuenta además con antecedentes de obesidad, sedentarismo, es hipertenso y antecedentes en su madre de DBT.

Tienen antecedentes de diabetes en familiares ocho de los varones: en padre (3), abuelos (3), madre (2), hermana (1) y tío (1).

Consumo de bebidas alcohólicas: diez de los varones consumen bebidas alcohólicas. En cuanto a la frecuencia aparece que dos lo hacen todos los días, tres varones de 3 a 5 veces por semana y de 1 a 2 veces por semana lo hacen cinco varones.

Se constituyen en tomadores de bajo riesgo o bebedores “sociales”, es decir no tienen problemas recurrentes asociados al consumo de alcohol y la frecuencia del mismo, que le provoque inconvenientes en diferentes áreas de su vida como la familiar, educacional, laboral, financiera u otras.

Tabaquismo: En cuanto al consumo de cigarrillos, siete varones nunca fumaron mientras que cuatro fumaron alguna vez. Los que fuman al momento de la consulta son dos, y lo hacen desde hace 12 años y 23 años. En cuanto a la cantidad consumida, en el primer caso es de quince cigarrillos diarios en promedio, y en el segundo es variable (cuatro o cinco cigarrillos a la semana).

La edad de inicio de los que fumaron o fuman fue entre los 18 y 25 años.

Al consultarles si desean dejar de fumar, solo uno dijo que sí, y tomó para ello diversas medidas personales como reducir el consumo, comer caramelos, y comprar menos cantidad.

Refieren encontrarse expuestos a humo de tabaco en sus lugares habituales cuatro varones (domicilio, trabajo, espacio de militancia). De ellos solo uno es fumador, por lo cual los otros tres se constituyen en fumadores pasivos²⁷.

Actividad física: En cuanto a la realización de actividades físicas, siete varones no realiza ninguna, todos refieren caminar poco y la mayoría permanece mucho tiempo sentado.

Los que hacen actividad física de manera regular realizan: natación (2 veces por semana), gimnasio (4hs semanales), fútbol (1 vez por semana). Los que hacen actividad física de manera esporádica: treking (10hs mensuales), bicicleta fija, paddle.

Aparece el sedentarismo como conducta de riesgo y relacionada a las actividades laborales y cotidianas de los sujetos (docencia, investigación, comercio, salud).

Conducción de vehículos: En cuanto a la conducción de vehículos a motor, once manejan automóviles, la velocidad media que citaron fue de 40 a 60 kilómetros por hora en ciudad.

De los once varones que manejan automóvil, nueve tienen pareja, de las cuales seis mujeres saben manejar. Esto se considera un factor favorable a la autonomía e independencia en las actividades cotidianas, familiares y sociales para ambos miembros de la pareja. Hay un caso, en que en la pareja no saben manejar ninguno de los dos.

Surgen como conductas de exposición al daño o riesgo, en siete de los varones, el no pedir ayuda cuando no se encuentran en condiciones de manejar su vehículo, y haberlo hecho alcoholizado alguna vez.

Aparece como conducta de autocuidado el uso del cinturón de seguridad, y de cuidado a otros/as, pedir a los acompañantes lo usen.

Hábitos y costumbres acerca de la alimentación: Se aplicó en la población en estudio una encuesta de frecuencia alimentaria con el objetivo de conocer aspectos que hacen a la alimentación y su relación con otros condicionantes de la salud.

En el año 2000 la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas publicó las Guías Alimentarias para la Población Argentina que incluye recomendaciones generales

²⁷ Son las personas que no fuman pero que se encuentran expuestos a la contaminación del tabaco, existiendo en ellos un incremento del riesgo de cáncer y de enfermedades pulmonares crónicas y de incremento de riesgo de enfermedad cardíaca isquémica.

para personas sanas mayores de dos años, y crearon la Gráfica de la Alimentación Saludable, la cual comprende seis grupos de alimentos fuente, y cuatro aspectos fundamentales: consumir una amplia variedad de alimentos, incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día, consumir una proporción adecuada de cada grupo, y elegir agua potable para beber y preparar alimentos.

Se consultó sobre las veces a la semana que consumen determinados alimentos, se utilizó la categorización: consumo alto 6-7 veces a la semana, consumo moderado 3 a 5 veces por semana, y consumo bajo 1 o 2 veces por semana. (Cuadro N° 13)

Este grupo de varones se caracteriza por tener una alimentación que sugiere déficit nutricional por el aporte diario “moderado” de alimentos fuente de proteínas. Se registra bajo consumo de legumbres, de carnes de vacuno y aves, así como escaso a nulo consumo de carnes de pescados y otras carnes, no cumpliendo las recomendaciones de las guías alimentarias argentinas que sugieren consumo diario de carnes (de cualquier tipo), o su reemplazo por legumbres.

Solo cuatro varones refieren consumir verduras y frutas de manera diaria. El resto no cumple con las recomendaciones, que sugieren consumo de al menos cinco porciones diarias.

Existe la inclusión de carácter reciente en dos varones y sus familias de alimentos “alternativos”, más saludables como ser: el aceite de oliva, edulcorantes artificial y natural (stevia), y manteca de soja. Esto sucede en los hogares de varones con problemas de salud como diabetes y obesidad.

El hábito de agregar sal a las comidas en la mesa al momento de ingerirlas se encuentra presente en seis de los varones, y dada la prevalencia en el país de enfermedades crónicas no transmisibles constituye una pauta no saludable.

Los hábitos que aparecen como factores protectores o pautas saludables son el bajo consumo de comidas rápidas, y el escaso consumo de golosinas o dulces, ya que los azúcares si bien son fuente de energía, no se constituyen en sustancias nutritivas indispensables.

Cuadro N° 13: Resultados de encuesta de frecuencia alimentaria		
Grupo alimentos - Fuentes	Componentes por alimentos	Consumo de los varones
Grupo N° 1 Fuentes de hidratos de carbono y fibra.	Cereales, sus derivados: arroz, maíz, avena, harinas, fideos	77% consumo moderado 23% bajo
	Legumbres secas: arvejas, porotos, lentejas, soja	62% consumo bajo 30% moderado 8% no consume
Grupo N° 2 Fuentes de vitaminas C y A, fibra, potasio y magnesio.	Verduras	54% consumo moderado 31% consumo alto 15% bajo
	Frutas	46% de consumo moderado 31% alto 23% bajo
Grupo N° 3 Fuente principal de calcio.	Leche, yogur y queso	68% de consumo alto 24% moderado 8% bajo
Grupo N° 4 Fuente de proteínas y de hierro.	Carnes de vacuno	54% de consumo bajo 30% moderado 16% alto
	Carnes de aves de corral	54% de consumo bajo 30% moderado 8% alto 8% no consume
	Carnes de pescados de río	61% no las consume 23% lo hace de manera ocasional 16% es consumo bajo
	Carnes de pescados de mar	68% no consume 16% de manera ocasional 16% de consumo bajo
	Otro tipo de carnes	54% no consume 46% consumo ocasional
	Huevos	46% consumo moderado 46% bajo 8% alto
Grupo N° 5 Fuente principal de energía y de vitamina E.	Aceites y grasas	46% consumo alto 46% moderado 8% bajo
Grupo N° 6 Fuente de energía.	Azúcares y dulces	77% de consumo bajo 8% moderado 15% no consume
Fuente: Estudio exploratorio y descriptivo. Masculinidades y Salud en Varones adultos. Córdoba Argentina. Norma Soria. 2010.		

Recorridos y experiencias en salud: Para conocer y analizar los recorridos y experiencias que estos varones han transitado en centros, instituciones y con profesionales de la salud, se les consultó acerca de sus problemas de salud, los servicios a los que concurren, los motivos de consulta, entre otros.

Ante la consulta sobre los *problemas de salud que tuvieron a lo largo de su vida*, aparecen como los más recurrentes, los problemas *digestivos* y dentro de éstos principalmente la gastritis. También citaron, “cálculos en vesícula, colon irritable, pólipo de sigmoides benigno, hernia de hiato, síndrome de intestino irritable, hemorroides, hepatitis”.

En segundo lugar en frecuencia aparecen los problemas *traumatológicos* como “esguinces, rotura de tendones, caídas, golpes, inflamaciones”.

También aparecen los problemas *respiratorios*: “sinusitis, asma, gripes, faringitis”, los *psicológicos o emocionales*: “stress, crisis de angustia, enuresis, síndrome vertiginoso”, y los *trastornos relacionados al estilo de vida*: “sedentarismo, sobrepeso, hipertensión arterial”.

En ultimo término aparecen los problemas *visuales*: “miopía y astigmatismo”, los problemas *odontológicos, cardiovasculares* (“fibrilación auricular”), *infección de transmisión sexual* (“gonorrea”), y *otros* como “hernia inguinal, infecciones por cortes, hemangioma hepático”.

Se consultó a los varones sobre como aprecian su estado de salud, siete lo calificaron como bueno, cinco como muy bueno, y uno como regular.

Solo cinco reconocieron tener dolores o malestares habituales y son de tipo *traumatológico* (problemas articulares y óseos, “lumbares, columna inestable, hombro, brazo, cintura, espalda, ciática”), y de tipo *digestivo*. Citaron además “cefaleas, diabetes e hipertensión”.

Estos malestares habituales se constituyen en síntomas ligados a sus condiciones de vida y de trabajo (especialmente los traumatológicos), y otros están relacionados a estados emocionales (digestivos).

Consideraron su estado de salud como muy bueno cinco varones siendo que varios de ellos reconocen tener malestares habituales y de carácter crónico. Por ejemplo: uno de los varones que consideró su estado de salud muy bueno, tiene seis problemas de salud crónicos.

Esto aparecería como un registro parcial de sus malestares o imposibilidad de identificarlos o reconocerlos, como una actitud de desvalorización de los mismos, mandato del modelo de masculinidad hegemónico.

Al consultarles de si tuvieron algún tipo de intervención quirúrgica, nueve de los varones dijeron que sí, siendo los motivos consecuencia de traumatismos o accidentes (3), problemas digestivos-vesícula, (3), intervenciones odontológicas (2), amígdalas (1) y estética-ginecomastia (1).

Es de destacar la cantidad de varones que se han visto expuestos a intervenciones quirúrgicas y los motivos de las mismas, que tienen que ver con las actividades que realizan, y los hábitos de alimentación y de vida.

Se notó en el discurso relativización o desvalorización de las intervenciones quirúrgicas, así como de los problemas de salud que las motivaron (por ejemplo corte de tendón en la mano por accidente de trabajo).

Un solo varón citó tener como discapacidad una hipoacusia leve que fue detectada en un examen de salud ocupacional, no realiza ningún tratamiento, ya que refiere no le ha afectado las frecuencias sociales que son necesarias para su desempeño.

Como enfermedades crónicas aparecen la hipertensión, la diabetes, el sobrepeso y el sedentarismo referidas por los dos varones afectados. Al consultarles si realizan tratamiento para estas patologías, ambos dijeron combinar tratamientos de la medicina tradicional, con “medicinas alternativas” como la *homeopatía* y *ayurbédica*. Uno de ellos es médico homeópata e integra un grupo de la especialidad en Córdoba.

La homeopatía es un sistema terapéutico (muy difundido en Argentina y en Córdoba) que considera a la enfermedad como consecuencia del desequilibrio de la fuerza vital de la persona, el cual se manifiesta tanto en el plano físico como en el emocional, de manera distinta en cada caso. Los remedios homeopáticos son de origen vegetal, animal o mineral que al no tener sustancias químicas, no tendrían contraindicaciones, ni producirían efectos secundarios ni intoxicaciones.

La ayurveda es un antiguo sistema de medicina india que se constituye en alternativo y complementario a la medicina tradicional occidental, incluye dieta y medicamentos de herboristería.

Respecto a la consulta sobre si los varones *concurren habitualmente a centros o servicios de salud* la mayoría (ocho) manifestó no hacerlo. Existe diversidad en cuanto a lo que los varones consideran como la concurrencia habitual a un centro de salud. Para

algunos, habitual es concurrir una o dos veces al año, mientras que para otros esa misma frecuencia significa lo contrario.

Los lugares a los que concurren son clínicas o sanatorios privados, de los sistemas de seguridad social, o plan privado al que se encuentran afiliados. Solo dos varones asisten a servicios de salud públicos.

Los *motivos de consulta* por los cuales asistieron a centros o instituciones de salud fueron dolores o malestares de manifestación aguda de problemas gástricos, respiratorios, traumatismos o accidentes, odontológicos, y migrañas. Los estados gripales son un motivo de consulta habitual, así como los problemas gástricos.

Solo dos dijeron concurrir por controles preventivos (análisis semestral de VIH/sida, y control semestral de hemangioma hepático).

Respecto a la realización de análisis de VIH/sida como medida de prevención y cuidado de la salud, fue hecho alguna vez por nueve de los varones.

Los *servicios de salud mayormente consultados* por los varones son odontología, clínica médica, kinesiología, traumatología, y oftalmología. En cuanto a la antigüedad de las consultas son en general bastante recientes, entre uno y tres años.

Al momento de la investigación dos varones se encontraban en procesos de diagnóstico y tratamiento por malestares producidos, en un caso por accidente doméstico, y problema traumatológico (golpe en columna por caída de escalera, dolor brazo y hombro).

Consultaron alguna vez con un *servicio de psicología*, seis varones, tres de ellos al momento de la consulta están en tratamiento. Los motivos de consulta que manifestaron fueron: “la vida”, “temas de relación con los hijos”, “conflicto de pareja”, “síndrome vertiginoso”, “stress emocional”.

Las consultas con un *servicio de psiquiatría* fueron realizadas por tres de los varones y los motivos fueron por “stress emocional, “por derivación de gastroenterología”, y “por trastorno bipolar”.

En cuanto al consumo de psicofármacos, siete varones lo hicieron alguna vez, y uno lo hace al momento de la consulta. En cuanto al tipo de fármacos consumidos son principalmente ansiolíticos e hipnóticos, y además otros como antipsicótico, y anticonvulsivo.

Utilizan anteojos siete de los varones presentando como diagnóstico astigmatismo y/o miopía. Esto podría tener que ver con las actividades laborales,

especialmente las de investigación y docencia, y con sus hábitos de estudio, lectura, y uso intensivo de la computadora.

Uno manifestó que hace muchos años participó de un programa de tratamiento del dolor, por sus problemas de lumbalgia pero no tuvo resultados beneficiosos. Otro varón recuerda que hace dos años se realizó una penescopía²⁸.

Los *servicios de guardia o emergencia* son espacios en donde la mayoría de los varones realizaron consultas, solo dos no concurrieron nunca a este tipo de servicios. Los motivos de consulta frecuente tienen que ver con traumatismos producto de accidentes domésticos, laborales o deportivos; y también estados gripales.

Otros motivos por los que concurrieron fueron: “hipertensión, malestar cardíaco, problemas en la vista, cólico renal, cólico biliar, ciática, intoxicación y pérdida de conocimiento”.

Se consultó a los varones si recibieron alguna vez al asistir a instituciones de salud, *información institucional*, de servicios y programas generales y/o de programas específicos para varones, a lo cual respondieron que:

- a ninguno les fue informado sobre los servicios o programas de la institución,
- a solo uno se le informó de servicios o programas específicos para varones,
- uno solo refiere que se le entregó alguna vez folletería escrita relacionada a la salud o enfermedades de varones,
- a solo dos se les informó acerca de los controles o medidas necesarias para prevenir enfermedades como varón,
- a los varones no se les informó ni invitó a participar en el proceso de parto, parto y postparto junto a sus mujeres, solo cuatro fueron invitados por el profesional de la salud a asistir a las consultas prenatales.

Surge de la consulta que los varones en los espacios y procesos de control prenatal, cumplen un rol secundario, de acompañamiento a la mujer, e intrascendente para el profesional de la salud. En general no son invitados a los controles, y participan por su propia voluntad. Es así como varios expresaron sus sentimientos o sensaciones al momento de las consultas como de extrañeza y exclusión: “como sapo de otro pozo”, “extraño”, “te ignoran”, “te hablan en general”, “no te dicen nada”, “incómodo”.

El embarazo y el parto son conceptualizados por el modelo tecnocrático y tradicional de la salud, como fenómenos médicos en lugar de eventos sociales. El

²⁸ Examen de pene a través del cual el varón es examinado para ver si existen heridas, verrugas o indicios de infección del virus del papiloma humano.

cuerpo femenino como mecanismo al servicio de la procreación cuyo protagonista no es la mujer, el niño o la familia, sino los agentes de salud. Esto demuestra la vigencia del modelo materno infantil y de los estereotipos sexistas que impiden la humanización del parto y nacimiento.

La carga de enfermedad y la mortalidad atribuida a las enfermedades no transmisibles (ENT) está en aumento. Los principales determinantes de las ENT son los llamados factores de riesgo: tabaco, alcohol, inactividad física, presión arterial elevada, colesterol elevado, diabetes y alimentación no saludable.

Se estima que en el año 2001 en el mundo, el 60% de las muertes se debieron a ENT, y el 46% de la carga de enfermedad. Se ha proyectado para el 2020 que el 75% de las muertes serían explicadas por estas causas²⁹.

El 64% de las muertes totales en Argentina son atribuibles a ENT. (OPS, 2005)

En Argentina en la actualidad los problemas nutricionales denominados “por exceso”, afectan la situación de salud de la población en general y tienen gran impacto en el desarrollo de sus vidas, encontrándose relacionados a enfermedades crónicas de alta frecuencia en la población adulta como diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, todas asociadas estrechamente a los estilos de vida.

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales motivos no solo de consulta médica sino de prescripción farmacológica en todo el mundo. La mitad de los hipertensos no están diagnosticados y de los que se sabe que lo son, solo un cuarto está bajo tratamiento. Resulta obvio que todos los esfuerzos se deben orientar no sólo al diagnóstico sino también al tratamiento y control, única medida eficaz para disminuir la tasa de complicaciones cardiovasculares. (Rubinstein, 2001)

Los factores de riesgo cardiovascular independientes más importantes que se deben considerar con la HTA son el tabaquismo y la hipercolesterolemia. Además existe una asociación epidemiológica entre obesidad e hipertensión.

La medición y control de la HTA y del colesterol es importante ya que constituyen una de las principales causas de infartos. Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son la causa número uno de muerte en el mundo.

Respecto a factores como el exceso de peso, presente en más de la mitad del grupo en estudio, y el estilo de vida sedentario en general, requieren ser abordados y modificados para que no ocurran enfermedades como diabetes (DBT) u otras.

²⁹ Boletín Epidemiológico Periódico. Vigilancia de enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.

Este grupo de varones en general tienen una alimentación escasamente variada y con déficit nutricionales de acuerdo a las pautas alimentarias definidas para la población argentina.

La prevalencia de diabetes en Argentina es del 5 al 10% en general, y es mayor entre los 60 y 70 años. La Argentina es uno de los países de Latinoamérica con mayor prevalencia de diabéticos. Las complicaciones agudas y crónicas de esta enfermedad producen una gran incapacidad y un enorme gasto en salud. El aumento de la morbilidad de los DBT se debe a las enfermedades cardiovascular y renal. (Rubinstein, 2001)

El tener familiares con antecedentes de DBT es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Existe una correlación estrecha y lineal entre el grado de obesidad y la prevalencia de la DBT tipo 2 en la población general (en Argentina el 90% de los diabéticos son tipo 2 o no insulino dependientes). La mayoría de los pacientes DBT tipo 2 cursan en forma asintomática durante gran parte del tiempo, por ello el rastreo en pacientes asintomáticos es una de las formas de detección de DBT.

Si bien el tabaquismo es una de las adicciones más frecuentes en la población en general, y provoca una altísima morbilidad, siendo la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo (Rubinstein, 2001), en este estudio se registra consumo de tabaco en solo dos varones, y antecedentes en dos más.

En el país existen intervenciones dirigidas a la protección de la población en general y de la no fumadora en particular, como las medidas de restricción a fumar en lugares cerrados y públicos. En Córdoba, fue creado el Programa provincial permanente de prevención y control del tabaquismo en el año 2005³⁰. En la Ley 9.113 morían en Argentina 40.000 personas por año por tabaquismo, y 6.000 eran fumadores pasivos. El 60% de las personas se encontraban expuestas en sus hogares al humo de cigarrillo y el 90% en otros espacios compartidos.

A partir de esta ley se extiende la prohibición de fumar al ámbito privado, cuando se trate de lugares cerrados de acceso al público (teatros, cines, restaurantes, estadios, centros comerciales, entre otros). Medida de gran aceptación social y de amplio cumplimiento lo cual se constituyó en un aspecto saludable para todos y todas.

³⁰ Ley 9113 en concordancia con la Ley Nacional N° 23.344 de 1.986, y la Ley Provincial N° 7.827 de 1.989.

El consumo de alcohol asociado a la conducción de vehículos es una de las principales causas de accidentes de tránsito, y de las muertes en accidentes de tránsito, especialmente de personas jóvenes. En el grupo de estudio si bien todos consumen bebidas alcohólicas, lo hacen de manera moderada u ocasional y no se constituye en un problema de salud. Sí existen conductas de riesgo asociadas a la conducción de vehículos. De los once que manejan, siete reconocieron que alguna vez lo hicieron sin estar en condiciones (por ejemplo haber consumido alcohol y no haber pedido ayuda).

Los varones que conforman la población en estudio se encuentran en la franja etaria de inicio de riesgo cardiovascular. Algunos de los hábitos y estilos de vida citados los colocan en mayor riesgo, como ser la escasa a nula actividad física, el ritmo de trabajo sedentario, los problemas de exceso de peso, los antecedentes de DBT en familiares, y algunos hábitos alimenticios.

Los varones no poseen conocimiento en general de estos riesgos específicos por género y grupo etario, lo cual los coloca en mayor vulnerabilidad.

Las ENT pueden prevenirse interviniendo sobre esos factores, a través de la promoción, prevención y diagnóstico precoz.

ANÁLISIS GENERAL

Modos de subjetivación masculina y procesos de salud - enfermedad - atención

La construcción social de la subjetividad masculina expone a los varones a la necesidad de enfrentar su cuerpo a riesgos de una manera diferente a la experimentada por las mujeres. La división social del trabajo entre los sexos reserva a los varones las actividades que suponen mayores peligros físicos y la exposición a situaciones de violencia en las que el varón debe resultar vencedor sobre otros varones y mujeres, para reafirmar la identidad masculina, siempre en disputa. (Badinter, 1993)

Los prestadores de servicios de salud entrenados en un modelo de ciencia positivista y androcéntrico que enfatiza la objetividad y la separación entre sujeto que conoce y objeto que se conoce, tienden a dirigir en forma paternalista la interacción con las y los usuarios.

Los programas verticales y transversales en salud, tienden a basarse muchas veces en estereotipos sobre lo que implica ser hombre y mujer. Los profesionales de la salud suelen reproducir un modelo de consulta y atención en los varones, naturalizando que no se acerquen a los servicios de salud o desvalorizando sus motivos de consulta o sus comportamientos riesgosos para su salud, dejando afuera sus necesidades y especificidades de atención, y poniendo énfasis en su recomposición rápida, y para el trabajo.

Los programas de salud, básicamente materno infantiles, centran su atención en las madres y los niños y niñas, por lo cual a partir del ingreso en la adolescencia comienzan a decrecer las consultas de los varones a los establecimientos de salud, y tienden a aplazarlas e inclusive a superar solos las situaciones de malestar sin asistencia médica.

El cuerpo masculino se encuentra demandado y construido socialmente. Como patrones generales en ese proceso aparecen: endurecimiento e insensibilidad, predominio de lo racional sobre lo afectivo, heterosexualidad obligatoria, procrear hijos, control sobre los deseos de abrazar y pedir cariño, control sobre las sensaciones de temor y miedo, posturas corporales a la defensiva del afecto, escasa relación a través de la risa, la alegría y la efusividad, respuesta a través de la ira y la agresividad ante emociones que no puede controlar y mayor exposición de los varones a accidentes y muertes violentas.

El autocuidado, la valoración del cuerpo en el sentido de la salud es algo casi inexistente en la socialización de los hombres. El cuidarse o cuidar de los/as otros/as aparece como un rol netamente femenino (feminización de la noción de cuidado de la salud). Existen muchas dificultades en los varones de verbalizar sus necesidades de salud, los hombres en general no hablan de sus problemas de salud por constituir una demostración de debilidad y de feminización frente a otros y otras.

La relación que establecen los varones con su cuerpo desde la subjetivación tradicional, no les permite comprenderlo y conocerlo sino que les impone controlarlo y dominarlo.

El no lugar de los varones en los programas y servicios de salud reproductiva, y las dificultades para su incorporación residen entre otros aspectos, en las resistencias culturales, profesionales e institucionales a vincular la masculinidad con la afectividad y el cuidado de los otros. En algunos casos el varón solo es visto como factor que perturba o que incide negativamente en la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Güida, 2007)

La dimensión del poder es central en los estudios sobre sexualidad masculina. Del hombre se espera que tome la iniciativa sobre cuando y como tener relaciones sexuales, los esfuerzos de dominación y control vinculados con la genitalidad aparecen presentes en sus prácticas. Diversas formas de coerción, violencia y abuso sexual aparecen de manera persistente en los relatos sobre la vida sexual de las personas.

En este estudio pudieron exponer que fueron objetos de abuso o acoso sexual cuatro de los varones, situación más frecuente de lo que usualmente se reconoce.

El acto sexual en sí mismo está pensado en función del principio de la primacía de ese tipo de masculinidad. Encima o debajo, activo o pasivo, estas alternativas paralelas describen el acto sexual como una relación de dominación. Acto sobre todo físico, de conquista, orientado a la penetración y el orgasmo. El acto sexual no siempre tiene por objetivo la posesión sexual que parece perseguir exclusivamente. La realidad es que tiende a la posesión sin más, mera afirmación de la dominación en su estado puro (Bourdieu, 2007)

Las relaciones sexuales iniciales en muchos casos no son consentidas ni placenteras para los varones, la mayoría de los consultados en este estudio evaluaron como “regulares” esos encuentros. Desde el modo tradicional de subjetivación masculina son estimulados a tener relaciones sexuales precoces incluso siendo niños, y

no se favorece el descubrimiento, reconocimiento y disfrute de su cuerpo, respetándolo y preparándolo para el encuentro con la compañía sexual que elija.

Ante la consulta sobre los métodos anticonceptivos que conocen los varones, citaron diferentes métodos, siendo los “naturales”³¹ uno de los más nombrados, los cuales se constituyen en los únicos promovidos por la iglesia católica. Esto estaría demostrando la incidencia de esa institución en los modos de subjetivación masculina tradicional. La mayoría de los varones fueron subjetivados en una cultura tradicional católica, si bien de adultos refieren no practicar dicha religión.

Por otra parte, el uso del preservativo masculino por los sujetos y su consideración como el método anticonceptivo más conveniente, aparece al menos desde el discurso de los varones como conducta de cuidado hacia sí mismo y otras/os, y responsabilización en su salud reproductiva y sexual, no apareciendo rechazo ni resistencias respecto a la utilización de este método. Esto respondería a un modo de subjetivación innovador.

La modalidad tradicional de subjetivación les exige la tarea permanente de defender y proteger para lo cual una condición fundamental es ser valiente, es decir ser fuerte, duro, frío en sus sentimientos, ejercer poder y control sobre sus sentimientos, emociones, y necesidades. Esta exigencia de brindar protección los coloca en un lugar de superioridad y autoridad ante los demás.

En lo que hace a salud laboral, el modelo hegemónico de masculinidad es determinante en la exposición de los varones a situaciones de riesgo para sí por la reticencia a cuidarse, lo cual favorece y genera accidentes laborales y registro parcial o nulo de su desgaste psicofísico.

En lo que respecta a las condiciones de trabajo y el grado de satisfacción de los varones del estudio, surge que las jornadas laborales están caracterizadas por ser intensas (cantidad de horas, trabajo los fines de semana, trabajo en dos actividades), ocupando un importante lugar en la vida cotidiana de los sujetos, pero puede observarse que en general existe una revalorización del trabajo como eje de la subjetividad masculina, desde una mirada crítica. Ellos pudieron cuestionar sus condiciones laborales precarias en varios casos, se plantearon el interés de modificar algunas condiciones, e incluso su deseo de cambiar de actividad. Esto permite inferir que se trata de modos de subjetivación innovadores.

³¹ Ritmo-fecha de ovulación y temperatura basal.

Es importante el número de parejas mujeres de estos sujetos que desarrollan funciones laborales, a través del trabajo remunerado fuera de sus hogares, lo cual no ocurre solamente por necesidad de contar con mayores aportes económicos a la familia sino por el interés de la mujer en su desarrollo profesional y laboral.

Esta situación implica un nuevo tipo de organización familiar respecto a las actividades cotidianas intrafamiliares, los hijos e hijas y demás responsabilidades entre varones y mujeres, comprendiendo una mayor participación de los varones en la casa y familia.

Existe un promedio general de nueve (de las quince tareas intrafamiliares sobre las cuales se consultó), que son compartidas por ambos miembros de la pareja. Esta información estaría demostrando la mayor participación de los varones en las tareas familiares, en general en todo el grupo. A través del discurso de los varones aparece una real participación e implicación, especialmente en lo relacionado a sus hijos e hijas, pero también en tareas que tradicionalmente fueron adjudicadas a las mujeres.

Ello demostraría como los varones consultados, pertenecientes al sector social de recursos medios y con alto grado de escolarización, pudieron ir haciendo un proceso personal, y subjetivo de modificación de sus modos de socialización, ya que la mayoría lo fueron en hogares de creencia tradicional católica, con modelos de referencia paternos y maternos tradicionales (patriarcales), y en instituciones que respondieron a patrones de ese tipo también.

Modalidades de utilización de los servicios de salud por los varones

Existe subutilización de los servicios de salud por parte de los varones, y cuando concurren, la atención que reciben es *post-fáctica* ya que los hombres acuden a las consultas por sus condiciones de salud, con sus trastornos ya avanzados, careciendo de oportunidades de tratamientos preventivos.

Los varones entrevistados no concurren habitualmente a servicios o instituciones de salud, y solo dos de ellos realizaron consultas preventivas tendientes a evitar la instalación de problemas de salud, o al diagnóstico precoz de los mismos.

Cuando asisten lo hacen por algún malestar ya instalado generalmente de tipo físico. Los problemas de tipo traumatológico y digestivos se constituyen en los motivos

frecuentes de dolores y malestares en estos varones, provocando la consulta médica, consulta por guardia y siendo causa de intervenciones quirúrgicas.

Las enfermedades de tipo crónico que refieren dos de los varones están relacionadas al estilo de vida y de sus actividades laborales y cotidianas. Entre las enfermedades citadas por ellos se encuentran: obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial y diabetes.

El sobrepeso y obesidad presente en siete de los varones en estudio, es producto de sus hábitos alimentarios y del sedentarismo en su modo de vida. En general los varones serían más reticentes a cualquier tipo de cambio dietético, y si lo hacen es como parte del tratamiento de alguna enfermedad y no como medida preventiva. Los trastornos alimentarios pueden también tener que ver con alteraciones de la ansiedad muy presentes en los últimos tiempos en nuestra sociedad.

Las instituciones de salud públicas, privadas, y de obras sociales, no son lugares de referencia de los varones consultados para obtener información y recursos respecto a su salud sexual y reproductiva. Desde el modo tradicional de subjetivación y desde el modelo clínico o hegemónico de atención en salud los hombres tienen una participación ocasional y accidental en la fecundidad de las mujeres, la fecundidad es un espacio feminizado. Las mujeres son las fecundas y las responsables de los cuidados reproductivos. Existen tres ámbitos de la salud reproductiva en que la paternidad de los varones se invisibiliza, y son la concepción y contracepción, el embarazo y el aborto, lo cual provoca graves consecuencias para ellos, sus parejas, e hijos/as. (Olavarría, 2007)

La asunción de riesgos innecesarios en el manejo de vehículos automotores en condiciones de salud inadecuadas por siete de once varones, se constituye en un rasgo del modo de subjetivación tradicional o transicional teniendo como eje la necesidad de exposición a riesgos y al descuido de su salud y cuerpo.

En algunos casos aparecen conductas de tipo homofóbicas si bien en el discurso refieren aceptación de la homosexualidad como conducta privada y personal, surge la figura del rechazo, y la no aceptación como algo cercano o próximo a ellos, a pesar de referir todos que tienen amistades o familiares con este tipo de elección socioafectiva. La homofobia surge como mecanismo de diferenciación de los homosexuales, los cuales son asociados como varones feminizados, y como mecanismo de defensa frente a sus propios sentimientos de indefensión, ante un mundo que les genera temor e inseguridad. Como señala Badinter (1993), la masculinidad social es una constante demostración de que no se es niño, ni mujer, ni homosexual.

Hasta aquí es evidente como el modo de subjetivación tradicional masculino incide en la vida de los varones y en sus procesos de salud-enfermedad-atención en salud. Modelo aprendido, percibido y vivenciado a través de diversos espacios y actores como ser sus referentes maternos y paternos, las escuelas, iglesias, grupos de pares, medios de comunicación y también las instituciones de salud tanto pública como privada.

Igualmente aparecen como modo de subjetivación más innovador expresados en comportamientos y procesos como ser la consulta psicológica terapéutica, la cual se constituye en una conducta de cuidado y de reconocimiento de su vulnerabilidad. Seis varones manifestaron haber consultado alguna vez y tres de ellos se encuentran al momento de la consulta en tratamientos. En cuanto a los motivos de consulta se encuentran relacionados a sus relaciones afectivas más cercanas como son la pareja y los hijos e hijas; y a situaciones determinadas emocionalmente como estrés y síndrome vertiginoso.

Malestares en los varones

El poder de la creencia en el varón como modelo de normalidad humana y de salud, refiere Bonino (2000), es tal que invisibiliza las *anormalidades y psicopatologías masculinas* que quedan así innombradas e impensadas. Propone desnormalizar, psicopatologizar a los varones, y entregarles de la anormalidad/patología humana, el trozo que les corresponde. Problematicar y reconstruir la ilusoria normalidad masculina, nombrar lo patológico silenciado. (Bonino, 2000)

El concepto de *problemáticas masculinas* comprende la compleja y múltiple producción del sufrimiento humano de género masculinas, propone superar la clásica terminología de la psicopatología, incluyendo la causación de género y la intervención interdisciplinaria. Bonino, clasifica las problemáticas masculinas en: malestares masculinos, trastornos por indiferencia a otras/os o a sí mismo, abusos de poder y violencias, y trastornos por temeridad excesiva.

Los varones consultados manifiestan predominantemente su malestar de acuerdo a modos masculinos marcados por la normativa hegemónica de género frente a situaciones como por ejemplo, los enojos, sus modalidades de consulta a servicios en salud o en la exposición a situaciones de posible riesgo o daño.

En sintonía con las/os autoras/es citados, a través de esta tesis se tomó conocimiento de toda una serie de situaciones vividas por estos varones como malestares, que a continuación se describirán y que conforman los hallazgos de esta tesis en relación a los modos de subjetivación masculina y proceso de salud-enfermedad-atención.

Manifestaron los varones que la no convivencia con sus hijos e hijas, en el caso de los divorciados se constituye en una fuente importante de malestar, situación que aparece a partir de la separación conyugal.

Los varones refieren que las situaciones que les generan tristeza y temor, tienen que ver con lo relacionado a sus hijos, hijas o familiares cercanos, fundamentalmente asociado a la inseguridad y violencia sociales, y a la posibilidad de enfermedades o problemas de salud. También citaron que la inestabilidad laboral y económica les provoca temor.

Uno de los varones manifestó como uno de sus temores la homofobia, lo cual refleja que la modalidad de subjetivación masculina tradicional sigue incidiendo en los varones en general, afectando la vida cotidiana y social de los varones homosexuales los cuales son discriminados y hasta agredidos por su opción afectiva sexual.

Ante sus enojos, que serían diversos, los varones reaccionan frecuentemente de manera violenta a través de conductas como los gritos, insultos o mal humor.

Las condiciones de trabajo se constituyen en fuente de malestar, especialmente para los varones que se encuentran trabajando en condiciones de precariedad (cinco de ellos), los cuales no cuentan con estabilidad en su empleo, los sistemas de contratación son precarios y no cuentan con beneficios de la previsión social.

En cuanto a las condiciones de salud de la población estudiada, surge que los dolores o malestares reconocidos como habituales por algunos varones son los de tipo traumatológicos y digestivos, es decir relacionados directamente a sus condiciones de vida y trabajo (que los exponen a actividades laborales o deportivas de riesgo) o a estados emocionales que impactan en su organismo a través de la somatización. Por ejemplo un problema de salud recurrente de malestar y consulta es la gastritis.

Las respuestas de los varones frente al malestar físico o psíquico y que fueron identificadas en este estudio coincidentes con las señaladas en estudios de género (Bonino, 2002) son:

- Desvalorización de los síntomas que su cuerpo manifiesta, lo cual no les permite considerarlos como una señal que requiere ser atendida.

- No admisión de sus malestares.
- Postergación del afrontamiento del malestar.
- Percepción del malestar como una amenaza incontrolable de su cuerpo o su vida.
- Expresión de los miedos y ansiedad que les generan sus malestares de manera indirectas como la ira, el enojo, la culpabilización de otros/as o el ensimismamiento.
- Consideración de los pedidos de ayuda o consultas como prueba de su fragilidad o vulnerabilidad, lo cual retrasa los procesos de solicitud de atención.
- Rechazo y negación de la condición de enfermo, ya que supone pasividad y dependencia.
- Reticencia a las indicaciones y tratamientos médicos (análisis, estudios, medicamentos).
- Abandono precoz y frecuente de los tratamientos para retomar sus actividades laborales y sociales, con las consiguientes complicaciones (interrupción de tratamientos, complicación de síntomas, procesos diagnósticos incompletos).
- Contactos esporádicos o episódicos con los servicios de salud, cuando ya no pueden solos con su problema o cuando ya el malestar está muy avanzado.

Los varones consultados presentan dificultades basadas en el tipo de subjetividad construida, para reconocer sus malestares, especialmente los emocionales o psicológicos. En los modos tradicionales de subjetivación masculinos es casi impensado que toleren ayuda profesional de las áreas de salud mental, y si lo hacen es por circunstancias extremas relacionadas a crisis familiares o laborales. Los otros modos de subjetivación como el transicional e innovador son más permeables a recibir ayuda y asistencia, como ocurre con tres de los varones que al momento de la consulta se encuentran en tratamientos terapéuticos psicológicos, habiendo superado el temor y resistencias masculinas a reflexionar y pensarse como sujetos subjetivados y sexualizados (otros tres varones registran antecedentes de consultas de este tipo).

A modo de cierre, surgen de acuerdo al discurso de los varones adultos, que temáticas asociadas a una masculinidad tradicional o hegemónica continúan presentes en el discurso y en las prácticas de algunos varones y que requieren ser abordados para lograr niveles de vida y de salud mejores, y son la homofobia, la invisibilidad de la relación de poder y dominación que promueve y sostiene relaciones de violencia a la

mujer por cuestiones de género, las situaciones de exposición a riesgos ya sea en actos como la conducción de vehículos en condiciones inapropiadas o la exposición a situaciones riesgosas en sus actividades laborales y la relativización de los daños sufridos o sus consecuencias.

La influencia de esa modalidad de subjetivación también se hace evidente en aspectos como los cuidados anticonceptivos. Surgen preconceitos, temores y resistencias totales a la propuesta de cuidados reproductivo a través de la vasectomía, la consideran una intervención invasiva y limitante en su cuerpo y su vida. Pero aparece en el discurso la aceptación del uso del preservativo masculino como el método más conveniente y no existirían resistencias a su utilización.

Se consideran necesarios la creación de programas y políticas en los diferentes sectores del sistema de atención en salud que:

- Permitan incrementar servicios de salud más atractivos para los hombres y que favorezcan su acceso.
- Promuevan la participación de los varones de manera más solidaria y saludable en las decisiones reproductivas.
- Permitan reconstruir los procesos de socialización en masculinidades y sexualidad.
- Fomenten la importancia de la realización de actividades y ejercicio físico para superar el sedentarismo.
- Promuevan acciones de cuidado propio, y de cuidados de otros y otras.
- Permitan abordar las diversas fuentes de malestar en los varones y que tienen que ver por lo que expresaron fundamentalmente, sus relaciones más cercanas, sus familias, y con situaciones del ámbito laboral.
- Promuevan el derecho a una vida sexual en libertad y respeto a la diversidad.

CONCLUSIONES

El modelo de masculinidad hegemónica sigue teniendo alta incidencia en la configuración de las subjetividades masculinas tradicionales tanto en los hábitos, comportamientos e ideología, incidiendo de manera directa en los procesos de salud-enfermedad-atención.

Los varones aparecen como sujetos invisibles, intocables e inmanejables para el sistema sanitario (patriarcal), no incorporados como sujetos de la atención, y por lo tanto no se favorece el desarrollo de estrategias para facilitar y promover su acceso al sistema de salud.

Muchos varones parecen resistirse a la atención de la salud, pues creen que atentaría contra algunas de las pautas de la masculinidad tradicional como la fortaleza, la invulnerabilidad y la asunción de riesgos. El cuerpo de los varones sigue funcionando en muchos casos como una coraza, y como una herramienta.

Es paradójico que mientras el hombre ha sido la medida de lo humano en sociedades androcéntricas -incluyendo el campo de la salud- las prácticas de atención en los servicios sanitarios se han dirigido fundamentalmente hacia las mujeres, los niños, niñas, y en menor medida a las y los ancianos. Esto parece más acentuado en los sectores de menores recursos, donde la estrategia de atención primaria en salud, se ha vuelto selectiva para las mujeres, vistas fundamentalmente desde su rol materno. (Güida, 2011)

Los abordajes centrados en el binomio madre-hijo, no hace más que reforzar los estereotipos de género que suponen una paternidad optativa y una maternidad obligatoria. (Figueroa, 1998)

La ausencia del enfoque de género en la promoción y en la atención de la salud, repercute negativamente en la interpretación de los malestares masculinos. Es imprescindible tener en cuenta la perspectiva de género para comprender y proponer cambios en los paradigmas de atención a la salud y para promover la equidad en la prevención y en la atención.

La cultura institucional en los establecimientos de salud será un factor clave para transformar los patrones de accesibilidad. Los varones perciben que los servicios no son amigables, y les resultan ajenos en su organización, en las ofertas y/o el enfoque.

El modelo hegemónico evidencia las fisuras y por tanto su crisis, muchos hombres no se sienten cómodos, ni representados por el, ya sea por razones físicas,

políticas, económicas, éticas, sexuales. Muchos hombres vienen descubriendo maneras diversas de serlo y el modelo hegemónico ha dejado de ser el único, existiendo modelos transicionales e innovadores.

Existen grupos de hombres todavía minoritarios en Argentina que se reúnen para reflexionar políticamente sobre su masculinidad, para compartir experiencias y buscar salida a sus problemas. Algunos trabajan cerca de grupos de mujeres, y otros trabajan por ejemplo en problemáticas relacionadas al tema de las paternidades y sus conflictos actuales, que como expresaron algunos de los varones de este estudio, es un tema relevante y que les genera mucho malestar, por ejemplo, la relación parental luego de las separaciones conyugales.

El movimiento feminista ha influido de una manera sólida en el surgimiento de movimientos de reflexión y práctica de las masculinidades alternativas. Los varones van viendo que es necesario revelarse ante un modelo único de masculinidad, impuesto por la ideología dominante y que tantos costos han ocasionado a hombres y mujeres.

Los modos de subjetivación masculina intervienen directamente en los procesos de salud, enfermedad y atención en salud, (lo cual fue expuesto en este estudio), siguiendo vigente (si bien con menos influencia) el modo tradicional, junto al transicional y el innovador. Ello se evidencia en la modalidad de consultar, en sus malestares, en sus problemas de salud, en las relaciones afectivas y sociales que establecen, en su sexualidad, y en sus condiciones laborales.

El hecho de contar con un seguro de salud y un ingreso económico no favorece directamente la relación de los varones con su salud, y con los sistemas de salud, en el sentido de que sean más equitativos. Es cierto que la inserción laboral y el contar con servicios de atención en salud privado o de una obra social, posibilita mayor accesibilidad a la atención en salud (turnos, especialidades, estudios de complejidad, más disponibilidad de horarios, etc.), pero ello no implica más y mejor atención en salud desde la perspectiva de integralidad y de género.

En los sistemas de atención en salud de obra social y privado se reproducen como en el sistema de atención público, situaciones de inequidad de género en la atención en salud para los varones ya que ocurren toda una serie de factores como ser:

- Profesionales sin formación y capacitación en salud y perspectiva de género.
- Programas y servicios con énfasis solo en la atención materno infantil.
- Énfasis en la atención curativa.
- No existencia de programas o servicios de promoción de la salud para varones.

- Inexistencia de visualización de la relación entre condiciones de vida de los varones y sus modos de enfermar.
- Escasa inclusión de los varones en sistemas de atención más humanizados de atención prenatal, parto, y atención postparto de su hija/o y pareja.
- Homogeneización de los sistemas de abordaje e intervención para hombres y mujeres, sin incorporación de una perspectiva de equidad.
- Los servicios de salud sexual continúan reforzando el rol femenino como depositario de los cuidados de la salud y un modelo de masculinidad hegemónico que plantea que los varones no necesitan conocer ni discutir acerca de su propia salud, ni tampoco acerca de la sexualidad y los cuidados reproductivos.
- El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, y con extensión al sistema de obras sociales, plantea la corresponsabilidad del varón en la salud sexual y en el comportamiento reproductivo de las personas, pero no existen acciones o propuestas concretas para efectivizarlo. Igual ocurre con el Programa de Maternidad y Paternidad Responsable en la provincia de Córdoba.
- No existen mecanismos de seguimiento y monitoreo de la aplicación de leyes y programas nacionales de salud, en la Seguridad Social y Sistemas de Prepagas. Aspectos que sí son tomados en cuenta en el Sistema Público en el cual la mayoría de población estudiada no consulta.

Por todo ello es que no existe aún en Córdoba, equidad de género en el ámbito de las políticas públicas de salud en relación a las masculinidades. Está todo por hacerse, pero para ello debe haber personas, organizaciones, programas y políticas públicas y de salud que incluyan a los varones desde sus especificidades, y vulnerabilidades para construir procesos de salud- enfermedad y atención, más amigables y saludables para todos los varones y para todas las mujeres.

RECOMENDACIONES

La perspectiva de género se constituye en una herramienta y camino para construir relaciones más equitativas, saludables y democráticas, a través de la identificación, conocimiento, visualización y abordaje de las inequidades de género en salud.

El género es una construcción social y culturalmente determinada, es plausible de ser modificada y reconstruida, es allí en donde radica la necesidad de políticas públicas que generen mayores niveles de equidad en salud, que incorporen el género como uno de los determinantes sociales fundamentales de la salud. (Sen Östlin, 2009)

El abordaje de las masculinidades y la salud aparece como un reto nuevo a la intersectorialidad. La interrelación entre género y salud, y la discriminación o exclusión por género en la prestación de servicios de salud, es un asunto transversal y que se encuentra relacionado con las categorías de inequidad social, económica, familiar y biológica.

Solo una acción política que tome realmente en consideración todos los efectos de dominación que se ejercen a través de la complicidad objetiva entre las estructuras asimiladas y las estructuras de las grandes instituciones en las que se realiza y se reproduce no sólo el orden masculino, sino también todo el orden social, podrá sin duda a largo plazo y amparándose en las contradicciones inherentes a los diferentes mecanismos o instituciones implicados, contribuir a la extinción progresiva de la dominación masculina. (Bourdieu, 2007)

En cuestiones de género los procesos de deconstrucción y reconstrucción implican mucho trabajo, tiempo y suelen ser movilizantes y dolorosos, ya que se produce un quiebre, una fractura entre la persona que se es, la que se va a ir dejando de ser, y la que podrá ir surgiendo. Ese proceso implica básicamente empezar a preguntarse, que tipo de hombre se es, cual quiere dejar de ser y cuestionar aquello que no le hace bien o daña.

Trabajar en masculinidades implica atravesar un proceso de “quiebre” interno y externo del ser mujeres y del ser hombres, luego del cual ya no somos las mismas, ni los mismos, y nos separa de cómo fuimos hasta ese momento. Los procesos de las mujeres son diferentes ya que por las inequidades de género, en general las mujeres deben trabajar para avanzar en mejores condiciones de vida hacia el empoderamiento, mientras que los varones, deben dar marcha atrás o detenerse para dejar toda una serie de

condiciones de privilegios, y también avanzar luego hacia mejores condiciones de vida, junto a las mujeres.

Es necesario construir sistemas de salud y atención en salud más equitativos desde la perspectiva de género para los varones.

Generar procesos de estudio, investigación y prácticas, que favorezcan la construcción de una mirada desde la especificidad de los varones adultos con su proceso de salud, enfermedad y atención, y que permitan generar proyectos, programas, servicios o políticas de salud para varones desde la perspectiva de género.

El proceso de cambio de la masculinidad hegemónica es un proceso lento, difícil, que requiere de una metodología muy particular y técnicas de educación popular adaptadas al imaginario masculino. Lo que se busca con ese cambio es la equidad de género, lo cual incluye el reconocimiento de la diversidad sin discriminación, renunciando los varones a sus privilegios de poder, y también a los costos en salud de su ejercicio (Tajer, 2009), el reconocimiento de los mismos derechos y oportunidades por parte de varones y mujeres, y que las relaciones entre ellos estén basadas en el respeto a los derechos humanos.

La educación popular es una herramienta fundamental para el trabajo con varones, porque es liberadora, parte de lo que los hombres son y no de lo que deberían ser, el coordinador forma parte del proceso de reflexión y aprendizaje, y el aprendizaje es mutuo³².

Vivir otra masculinidad es una “opción” posible, es un proceso complejo porque comprende reconstruir todo lo aprendido y vivido y hacer algo diferente que puede ser mejor. En parte es responsabilidad de cada varón poder pensarse y querer vivir de otra forma en relación a los otros, otras y sí mismo. Pero también es importante la existencia de espacios, grupos, centros, personas que trabajen con varones desde la perspectiva de género, y que se acerquen a los sujetos.

Son fundamentales las personas que han transitado este proceso personal y político y que se encuentran capacitadas, para que se constituyan en referentes para los varones. Son necesarias más organizaciones, políticas públicas que se acerquen a los

³² La Escuela metodológica de masculinidades en El Salvador, trabaja a través de un sistema de internación de veinte días, los varones ingresan a través de un sistema de becas y con una recomendación de una organización de mujeres que avale su interés. Hugo Huberman, educador popular argentino, es uno de los tutores de grupo de esta escuela.

En Colombia, Chile, Perú y México existen organizaciones mixtas, en donde mujeres y varones trabajan en los barrios, realizando las mujeres procesos con mujeres y los varones procesos con varones.

espacios de varones, generando encuentros y lugares de escucha y de intercambio de experiencias.

Respecto a las políticas públicas en salud es necesaria la creación de áreas de planificación y gestión de programas de salud generales que incluyan a los varones con sus particularidades, y programas de salud específicos para ellos; y que estas medidas tengan extensión a los subsectores de obras sociales y privados.

Otras estrategias importantes y necesarias son la generación de procesos de formación de pregrado y post grado en diversas profesiones sobre la mirada específica de género en salud, así como promover procesos de investigación en salud y masculinidades en los diversos sectores y subsectores de la salud.

La relación entre ciudadanía y género es compleja y contradictoria en el marco de una sociedad patriarcal. Mientras existan relaciones asimétricas de poder, y subordinación de género se podrá hablar de una situación de igualdad aparente, de ciudadanía aparente, de una ciudadanía de baja intensidad, o desciudadanización, pero difícilmente de ciudadanía.

La ciudadanización incluiría la posibilidad de tomar decisiones, poder incidir, y construir colectivamente, y aspirar a revertir situaciones de inequidad y de injusticia.

A modo de reflexión final que sintetiza lo hallado y aprendido sobre la base de los varones consultados, quisiera compartir un texto producido en los Talleres de masculinidades en América Central “Así aprendimos a ser hombres” (Campos Guadaluz, 2007), el mismo avizora el horizonte hacia el cual podemos apostar a caminar.

“Reflexionando y creciendo como hombres podemos ser mejor pareja, padre, amigo, compañero, vecino... en esta manera distinta de vivir la masculinidad tenemos que aprender a reconocer los derechos que la cultura patriarcal nos ha negado: tengo derecho a sentir y pensar diferente a lo que la mayoría de hombres piensan y sienten, sin que por eso me deba sentir “poco hombre”, a dejar de creer únicamente en la razón, y creer en los sentimientos que tengo, admitir las propias limitaciones y dejar de pensar que debemos saber y hacer todo, admitir que puedo experimentar dolor físico y emocional, reconocer que puedo tener miedo y compartirlo con alguien más, a pedir ayuda sin temor o vergüenza, a no guardar los asuntos ni problemas que tengo, reconocermelo como soy desde conocer mi cuerpo hasta saber qué me gusta y que no me gusta de mi forma de ser, manejar mis impulsos y no actuar de forma violenta, a participar en los procesos de construcción de la equidad de género, y a luchar contra todas las formas de violencia y discriminación”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, R. y Güell, P. (2002). Hacerse Hombres. La construcción de la masculinidad en adolescentes y sus riesgos. OPS. OMS- UNFPA.
- Ardí, E. y Jiménez, A. (2001). Masculinidad y Género. Ciudad de la Habana. Revista Cubana de Salud Pública.
- Badinter, E. (1993). XY la identidad masculina. Madrid. Alianza Editorial.
- (2003). Entrevista realizada por Jacqueline Remy para L'Express el 24 de abril de 2003 y publicada en castellano en la revista Página Abierta, nº 140.
- Barker, G y Verani, F. (2008). La participación del hombre como padre en la región de Latinoamérica y el Caribe. Revisión de literatura crítica con consideraciones para políticas Promundo- Save the Children. Brasil.
- Bello, J. y de Lellis, M. (2001). Modelo social de prácticas de salud. Buenos Aires. Proa XXI Editores.
- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental- desconstruyendo la “normalidad” masculina. En Nuevas visiones de la masculinidad. Segarra M. y Caribi A. ed. Barcelona. Icaria.
- (2002). Masculinidad, violencia y sistema sanitario. En Actuaciones sociopolíticas preventivas de la violencia de género. Madrid. UNAF.
 - (2007). La violencia y el género: la construcción de la masculinidad como factor de riesgo. En Violencias sociales: autoritarismo y abuso de poder: Epidemias del siglo XXI. Corsi J, y Peyrú G. Barcelona: Editorial Ariel.
- Bourdieu, P. (2007). La dominación masculina. 5ª ed. Barcelona. España. Editorial Anagrama.
- Burijovich, J y Pautassi, L. (2005). Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. Serie Mujer y Desarrollo, N° 60, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Burin, M. y Meler, I. (2004). Varones. Género y subjetividad masculina. Buenos Aires. Argentina. Paidós. Psicología Profunda.

- Campos Guadamuz, A. (2007). Así aprendimos a ser hombres. Serie: Pautas para facilitadores de talleres de Masculinidad en América Central. 1ª ed. San José, Costa Rica: Oficina de Seguimiento y Asesoría de Proyectos OSA.
- Cisneros Dávila, A. (2008). Proyecto masculinidad y salud: estrategias para comprender, atender e involucrar a los hombres en salud sexual y reproductiva. Instituto Peruano de Paternidad Responsable. Proyecto MACHO. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 1.
- Collange, C. (1986). No es fácil ser hombre. Sudamericana. Planeta.
- Connell, R. (1995). Masculinities. Cambridge. Polito Press.
- (1998). El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En Valdés Teresa y José Olavaria. Masculinidades y Equidad de Género en América Latina. Santiago de Chile. FLACSO: Fondo de Población de Naciones Unidas/CEPAL.
- De Keijzer, B. (2001). La salud como derecho ciudadano. Artículo: Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. OIT.
- Domínguez, A. (2004). Salud y aborto en la Argentina: de las propuestas a los hechos. Servicio a la Acción Popular. Córdoba. Argentina. Editorial Gráfica.
- Estadísticas vitales (2009). Información básica 2008. Ministerio Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e información de Salud. Serie 5- Número 52.
- Figuerola, J. G. (2000). Identidad de género masculina y derechos reproductivos. Algunas propuestas analíticas para la delimitación del concepto de derechos reproductivos en la experiencia de varones. Universidad de Guadalajara, Jalisco. México. Nº 12. Revista de Estudios de Género La Ventana.
- (1998). Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Río de Janeiro. Brasil Cuadernos de Salud Pública, vol. 14, supl. 1.
 - (2010). El sentido de ser hombre como categoría política. Publicado en Ana María Tepichín, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez de Velasco (coordinadoras). Relaciones de Género, Tomo VII de Los grandes problemas de México. El Colegio de México.

- Fuller, N. (1997). Fronteras y retos: Varones de clase media del Perú. En Masculinidades Poder y Crisis. Eds. Teresa Valdés y José Olavaria. FLACSO Chile. Ediciones de las Mujeres. N° 24. Isis.
- (2002). Masculinidades, cambios y permanencias. Varones de Cuzco, Iquitos y Lima. Cap. 1: Cuerpo, construcción masculina. Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial.
- García Suárez, C. I. editor. (2004). Hacerse mujeres, hacerse hombres. Dispositivos pedagógicos de género. Universidad Central-DIUC. Colombia. Siglo del Hombre Editores.
- Gilmore, D. (1994). Hacerse hombre. Concepciones culturales de la Masculinidad. Barcelona. Paidós.
- Gomensoro, A. y otros. (1998). Ser varón en el dos mil: la crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones. FNUAP, ETHOS, Grupo Mujer. Uruguay. Ediciones de los autores con auspicio.
- Gómez Gómez, E. (1998). Salud y Reforma. Implicaciones de la Reforma para la Equidad de Género. Revista Mujer Salud/Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. RSMLAC 4/98.
- Políticas de Reforma de los Sistemas de Salud y Seguridad Social. Incorporando la perspectiva de equidad de Género”. Revista Mujer Salud/Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. RSMLAC.
- Güida, C. (2000). El papel de los servicios de salud reproductiva en la consolidación de las masculinidades hegemónicas. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Interdisciplinarias sobre Masculinidad, organizadas por AUDEPP. Montevideo. Uruguay.
- (2007). Los hombres en calidad de acompañantes en el parto: ¿desafiando el orden de género?. Development Connections. DVNC Critiques. Vol. 1, N° 2.
 - (2011). Análisis del papel de los programas de salud en la atención de los varones, desde un enfoque integral y de prevención. Development Connections. Washington D.C.
- Güida, C. Amorío, D. y Carril, E. (2003). Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Primer Encuentro Universitario. Montevideo, Uruguay. Apoyo UNFPA. Cap. 4: Varones, Masculinidad y roles reproductivos, pag. 93-132.

- Guttman, M. (1998). Traficando con Hombres: la antropología de la masculinidad. Rev. La Ventana. Univ. De Guadalajara.
- INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Resultados provisorios. Argentina.
- INDEC (2006). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados 2005. Argentina Ministerio de Salud de la Nación.
- Indicadores Básicos. Argentina 2010. Ministerio de Salud de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial para la Salud.
- Kaufman, M. (1989). Hombres. Placer, poder y cambio. Santo Domingo. República Dominicana. Edic. CIPAF.
- (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En Masculinidades, poder y crisis. FLACSO Chile.
- Kimmel, M. (1992). La producción teórica sobre la masculinidad, nuevos aportes. En Fin de siglo. Género y cambio civilizatorio. ISIS Internacional. Chile. Edic. Las Mujeres. N° 17.
- Larravide, C. (2008). Agendas de sexualidad y masculinidad. En Estudios sobre Sexualidades en América Latina. FLACSO sede Ecuador. Editoras Katia Araujo y Mercedes Prieto.
- López Aguilar, J. (2009). Perfil de Género y Salud de la República de Panamá. OPS. OMS.
- Matamala, M. I. y Gálvez, T. (2001). La economía de la salud y el género en la reforma de salud. Documento preparado para las Jornadas Participativas del Proyecto Equidad, Género y Reforma de Salud en Chile. OMS/OPS.
- Menéndez, E. (2005). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli, H. (Comp.). Buenos Aires. Salud Colectiva.
- Observatorio CALIR de la libertad de religión en la República Argentina. (2008). Estudio sobre Religión, sociedad y estado en Argentina. Realizado por d'alessio IROL para CALIR (Consejo Argentino para la libertad religiosa).

- Ochoa Holguín, J. B. (2008). Un acercamiento a teorías y perspectivas en los estudios sobre las masculinidades. En Madrigal, L. y Tejeda, W. Acercándonos a las Masculinidades. Recopilación de aportes en Género y Masculinidades. Escuela Metodológica en Masculinidades para la Equidad y prevención en violencia de género. Programa Masculinidades. Centro Bartolomé de las Casas. El Salvador, Centroamérica.
- Olavarria, J. (2005). Sexualidad, fecundidad y paternidad. En Varones adolescentes en América Latina y el Caribe. UNFPA. Madrid.
- (2007). Apuntes para la construcción de una agenda pro género que incorpore a los hombres. Chile. Colección Ideas. Año 8. N° 78.
- OMS (2008). Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Informe de Secretaría.
- Padilla Ramos, M. (2001). La paternidad y el mundo de los afectos. México. FEM Publicaciones Feministas. Mensual. Año 25. N° 219.
- PNUD (2011). Aportes para el desarrollo humano en Argentina/2011. Género en cifras: mujeres y varones en la sociedad argentina. PNUD. Argentina.
- PNUD (2010). Informe nacional sobre Desarrollo Humano 2010. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos. 1ª ed. PNUD. Argentina.
- Prieto Molano, C. (2002). Género: la cuestión está en la diferencia. Infidencias de la discriminación y exclusión por género en materia de salud en Colombia. OMS. OPS.
- Rodríguez G. y De Keijzer. (2001). La noche se hizo para los hombres. México. Edmex y Population Council.
- Rotondi G. (2000). Pobreza y masculinidad: el urbano marginal. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Rubinstein, A. (2001). Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Safordada, E. (2001). Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- Sautu, R. (comp.) (1999). El Método Biográfico: la reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores sociales. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

- (2007). Práctica de la investigación cuantitativa y cualitativa: articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.
- Sen G, Östlin P. y col. (2009). La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente- Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Sotomayor Peterson, Z. (2007). Aproximaciones teóricas al estudio de las masculinidades. En Masculinidad y violencia homicida. México. Editores Plaza y Valdés.
- Szasz, I. (1997). Género y salud. Algunas reflexiones. IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, Mor. México.
- Tajer, D. (1998). El fútbol como organizador de la masculinidad. México. Revista La Ventana N° 8.
- (2002). Varones, mujeres, generación y género en el trabajo en salud mental. Revista La Ventana. N° 16.
 - (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Políticas Públicas, Mujer y Salud. Popayán, Colombia. Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC.
 - (2008). Género y construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes. Proyecto UBACyT JP 08. Federación Argentina de Medicina General. Lecturas Recomendadas.
 - (2009). Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Taylor, S. J. y Gogdan, R. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España. Editorial Paidós.
- Viveros, M. (1998). Perspectivas latinoamericanas actuales sobre la masculinidad. Segundo Congreso Latinoamericano Familia Siglo XXI. Tomo II. Medellín. Alcaldía de Medellín. Colombia.
- (2002). De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional/ CES.
- Weinstein, L. (1995). El Desarrollo de la Salud y la Salud del Desarrollo. Montevideo, Uruguay. Editorial Nordan.

ANEXOS

Anexo N° 1: Modelo de entrevista

Fecha:

A. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL ENTREVISTADO.

1- Edad:

2- Lugar de nacimiento:

3- Zona actual de residencia:

4- Estado civil:

5- Educación:

5.1 ¿Cuál es el nivel más alto cursado/completado por Ud.?: PC-SC-UC-TC-
Posgrado Universitario-Educ. Especial- Otro.

5.2 ¿En su hogar algún niño/a de 6 a 12 años no asiste a la escuela?: SI-NO

6- Cobertura de salud:

Ud. se encuentra asociado a:

- obra social
- plan de salud privado o mutual
- sistema público
- servicio de emergencia médica
- no está asociado a nada
- NS/NC

7- Ingresos del hogar:

7.1 ¿Podría señalar en estos tramos donde se ubica el ingreso total mensual de su hogar? (incluye los ingresos producto de: trabajos, jubilaciones, becas, cuotas alimentarias, rentas, etc.):

- 0-600
- 601-1.500
- 1.501-3.000
- 3.001-5.000
- 5.001-10.000
- 10.001 y mas
- NS/NC

7.2 ¿Cuántas personas aportan al ingreso del hogar a través de su trabajo remunerado?:

8-¿Cómo está integrado su grupo de convivencia?

Cantidad:.....

¿Relación con Usted?	Edad

9- Condición habitacional:

9.1 La vivienda que habita es:

- ¿de su propiedad? ¿Tiene título de propiedad?: SI-NO
- ¿alquilada?
- ¿prestada?

9.2 La vivienda es tipo:

Casa.....

Departamento.....

Departamento en edificio

Precaria.....

Otra.....

9.3 ¿Cuántas habitaciones se utilizan para dormir?

9.4 ¿La vivienda cuenta con todos los servicios básicos? (sanitarios instalados, red potable de agua, energía eléctrica, gas): SI-NO

9.5 ¿Comparte su vivienda con otro grupo familiar?: SI-NO

10- Religión: ¿profesa o practica alguna religión? SI-NO

¿Cuál?.....

B. CONDICIÓN DE SALUD GENERAL. CONDUCTAS DE CUIDADO Y RIESGO.

1- Apreciación del estado de salud

1.1¿Cómo evaluaría su salud? Usted diría que su salud es:

Excelente.....

Muy Buena

Buena.....

Regular.....

Mala.....

1.2¿Tiene en estos momentos o habitualmente algún tipo de dolores o malestar?

SI-NO ¿Cuáles?.....

2- Peso - Talla

2.2 ¿Conoce su peso corporal? SI-NO ¿Cuál es?

.....

2.3 ¿Cuándo fue la última vez que se pesó?

.....

2.4 ¿Conoce cuál es su altura? SI-NO ¿Cuál es?

.....

3- Alimentación

3.1 ¿Cuántas veces a la semana se alimenta con?:	
- Frutas	
- Verduras	
- Carne de vaca	
- Carne de pollo	
- Carne de pescados de río	
- Carne de pescados de mar	
- Otras carnes	
- Lácteos (leche, queso, yogurt, etc.)	
- Huevos	
- Arroz, fideos, pastas	
- Leguminosas: lenteja, arveja, poroto, soja, nueces	
- Manteca, margarina, aceites	
- Azúcar, miel	
- Pizza, lomito, empanada	
- Chocolates, caramelos, turrone	
¿Qué otros alimentos consume frecuentemente?	

3.2 ¿Agrega sal a las comidas en la mesa?: SI-NO

4- Hipertensión Arterial

4.1 ¿Controló alguna vez su presión arterial? SI-NO

4.2 ¿Cuándo fue la última vez?

.....

4.3 ¿Conoce su presión habitual? SI-NO ¿Cual es?

.....

4.4 ¿Actualmente esta haciendo algún tratamiento para controlar su presión arterial (dieta, ejercicio, medicación)? SI-NO ¿Cuál?

.....

5- Colesterolemia

5.1 ¿Midió alguna vez su colesterol? SI-NO

5.2 ¿Cuándo fue la última vez?

.....

5.3 ¿Actualmente esta haciendo algún tratamiento? SI-NO

¿Cuál?.....

6- Diabetes

6.1 ¿Midió alguna vez su glucemia? SI-NO

6.2 ¿Cuándo fue la última vez?

.....

6.3 ¿Actualmente esta haciendo algún tratamiento? (dieta, ejercicios, medicación, otro). SI-NO ¿Cuál?

.....

6.4 ¿Participó de algún grupo de personas con DBT? SI-NO

6.5 ¿Tiene antecedentes de diabetes en su familia? SI-NO ¿Quién?

.....

7- Consumo de alcohol

7.1 ¿Consume bebidas alcohólicas? SI-NO

7.2 ¿Cuántas veces a la semana?

.....

7.3 ¿Cree que el consumo de alcohol es un problema en su vida? SI-NO

8- Tabaquismo

8.1 ¿Fuma cigarrillos? SI-NO ¿Cuántos por día?

8.2 ¿Fumó alguna vez? SI-NO

- 8.3 ¿Cuánto tiempo?
- 8.4 ¿A que edad se inició como fumador?
- 8.5 ¿En sus lugares habituales está expuesto a humo de cigarrillos? SI-NO
- 8.6 ¿Quisiera dejar de fumar? SI-NO
- 8.7 ¿Tomó alguna medida alguna vez para dejar de fumar? SI-NO
- ¿Cuál?.....

9- Actividad física

- 9.1 ¿Realiza alguna actividad física? SI-NO
- 9.2 ¿Cuál y cuánto tiempo a la semana?
- 9.3 ¿Camina habitualmente? Mucho – poco - nada
- 9.4 ¿Cuánto tiempo permanece sentado al día? Mucho – poco – nada.

10- Conducción de vehículos

- 10.1 ¿Maneja algún vehículo? SI-NO ¿Qué tipo?
- 10.2 ¿Cuál es su velocidad media de conducción?
- 10.3 ¿Cuando usted no se siente bien o no está en condiciones de manejar, ¿pide ayuda a otra persona para que maneje su vehículo? SI-NO
- 10.4 ¿Manejó alguna vez alcoholizado? SI-NO
- 10.5 ¿Utiliza cinturón de seguridad? SI-NO
- 10.6 ¿Pide a sus acompañantes que lo utilicen? SI-NO
- 10.7 ¿Su pareja sabe manejar? SI-NO-No tiene pareja

11- Portación o tenencia de armas de fuego

- 11.1 ¿Tiene armas de fuego? SI-NO ¿Cuántas?
- 11.2 ¿Posee permiso legal para su portación o uso? SI-NO
- 11.3 ¿Realizó algún tipo de capacitación para su uso? SI-NO

12- Problemas de salud

- 12.1 ¿Conoce que enfermedades tuvo en su infancia? SI-NO
- ¿Cuáles?.....
- 12.2 ¿Qué problemas de salud tuvo a lo largo de su vida?
-
- 12.3 ¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI-NO
- Motivos
- 12.4 ¿Tiene alguna enfermedad crónica? (Hipertensión Arterial, Diabetes, problema cardíaco, salud mental, etc.): SI-NO-NO SABE
- ¿Cuál?

12.5 ¿Posee algún tipo de discapacidad? SI-NO

¿Cuál?

12.6 ¿Realiza algún tratamiento por la discapacidad? SI-NO

¿Cuál?

C. RECORRIDOS Y EXPERIENCIAS EN CENTROS,
INSTITUCIONES Y CON PROFESIONALES DE LA SALUD.

Recorridos y experiencias

1. ¿Concurre habitualmente a centros o servicios de salud? SI-NO

2. ¿Cuántas veces al año?

3. ¿A qué lugares?

4. ¿Por qué motivos concurrió?

5. ¿Cuando concurrió fue atendido por personal femenino o masculino?

.....

6. ¿Le fueron informados los servicios y/o programas de salud de la institución? SI-NO

¿Cuáles?

7. ¿Le informaron de servicios específicos para varones? SI-NO

¿Cuáles?

8. ¿Le fue entregada folletería o información escrita acerca de temas relacionados a la salud o enfermedad de los hombres? SI-NO

9. ¿Consultó alguna vez a los siguientes servicios de salud?:

Servicios de Salud	SI	NO	Motivos por los que consultó	Fecha de última consulta
Clínica médica				
Odontología				
Enfermería				
Nutrición				
Cardiología				
Urología				
Trabajo Social				
Cirugía Plástica				

Psicología				
Psiquiatría				
Kinesiología				
Fonoaudiología				
Neurología				
Traumatología				
Oftalmología				
Otros				

10. ¿Tuvo que concurrir a un servicio de urgencias o de guardia alguna vez por Ud.?
SI-NO ¿Por qué motivos?
11. ¿Le informaron alguna vez de los controles para prevenir enfermedades que debería realizarse como varón? SI-NO
12. ¿Se realizó alguna vez control preventivo de las enfermedades de la próstata?
SI-NO ¿Porqué?
13. Si tiene hijo/as. ¿Acompañó a su pareja alguna vez al control de embarazo?
SI-NO ¿Cuántas?: una-alguna-todas.
14. ¿Fue invitado por algún profesional de la salud a participar de los controles de embarazo? SI-NO
15. ¿En las consultas durante el embarazo le fueron realizadas preguntas, fue incluido en el momento de la consulta/control? SI-NO
16. ¿Cómo se sintió en esos encuentros?

Consumo de psicofármacos

17. ¿Consume psicofármacos? SI-NO
18. ¿Consumió alguna vez psicofármacos? SI-NO
19. ¿Si consume o consumió marque cuál de estos?:
- 19.1 Ansiolíticos (medicación para los estados de ansiedad) SI-NO
 - 19.2 Hipnóticos (medicación para las dificultades en el sueño) SI-NO
 - 19.3 Antidepresivos (medicación para los estados de tristeza, angustia, abatimiento, alteraciones de la alimentación o el sueño) SI-NO
 - 19.4 Otros: SI-NO

20. ¿Le fueron indicados por un profesional de la salud o por otra persona?

.....

Asistencia psicológica

21. ¿Solicitó ayuda psicológica alguna vez? SI-NO

22. ¿Actualmente está haciendo terapia psicológica? SI-NO

23. ¿Alguien le recomendó la consulta o fue iniciativa propia?

D. SEXUALIDAD- SOCIALIZACIÓN RESPECTO A LA SEXUALIDAD

1.¿Realizó consultas acerca de sexualidad o reproducción en un centro o institución de salud? SI-NO

2. ¿Retiró alguna vez métodos anticonceptivos de un centro o institución de salud?
SI-NO

3. ¿Cuál cree es el método anticonceptivo más conveniente para su uso personal, o su uso con la pareja?
¿Porqué?.....

5. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce que existan?

6. ¿Utiliza en estos momentos algún tipo de método anticonceptivo? SI-NO

7. ¿Sabía Ud. que en Argentina y Córdoba existe una ley que brinda acceso a los métodos anticonceptivos quirúrgicos llamados ligadura de trompas de Falopio en el caso de la mujer, y ligadura de conductos deferentes o vasectomía en el caso de los varones, de manera gratuita en los hospitales y por las obras sociales (Ley 26.130)?
SI-NO

8. ¿Optaría Ud. en algún momento como método anticonceptivo, la vasectomía? SI-NO
¿Porqué?.....

7.¿Cree que es la mujer la que debe cuidarse para no quedar embarazada? SI-NO
¿Por qué?

8.¿Se realizó alguna vez la prueba de hiv/sida? SI-NO

9.¿Recuerda la edad de su inicio sexual? SI-NO Edad:.....

10.¿Cómo evaluaría hoy esa experiencia?: E-MB-B-R-M

11.¿Qué opina acerca de la frase “*el hombre necesita más del sexo que la mujer*”?

.....

12.¿Qué piensa acerca de la frase: *“los hombres por el solo hecho de serlo saben todo acerca de sexualidad”*?

.....

13.¿Cómo evaluaría su vida sexual en estos momentos?: E-MB-B-R-M

14.¿Escuchó el término “diversidad sexual” alguna vez? SI-NO

15.¿Podría decir a que cree se refiere el término diversidad sexual?

.....

16.¿Qué opinión tiene acerca de la homosexualidad?

.....

17.¿Tiene algún amigo o amiga o familiar homosexual? SI-NO

E. SOCIALIZACIÓN RECIBIDA RESPECTO A MASCULINIDAD

1.¿Qué es ser hombre para usted?

.....

2.¿Qué le enseñaron en su vida, acerca de lo que se espera de Ud. como hombre?

.....

3.¿Cuáles fueron sus juegos de niño preferidos?

4.¿Con quienes jugaba?

5.¿Qué recuerda como enseñanza (mensajes, frases, dichos, mandatos) acerca de las tareas asignadas a mujeres y varones? ¿Dónde la recibió?. Me decían :

Los hombres

Los hombres

Los hombres

Las mujeres

Las mujeres

Las mujeres

Las mujeres

Las mujeres

6. ¿Quienes me lo decían?

7. ¿Qué es para Ud. ser machista?

8. ¿Cree que los hombres en general son todos iguales? SI-NO-NO SE

¿Por qué?

9. ¿Qué opina acerca de que *“el hombre se manda solo”*?

.....

10. ¿Qué opina acerca de que “*en los hombres los sentimientos deben estar bajo control*”?

.....
11. ¿Cree que es posible tener relaciones de amistad con mujeres? SI-NO

12. ¿Tiene amigas? SI-NO

13. Reconozca de los 4 arquetipos de la masculinidad que se describen a continuación uno o dos que considera han marcado su vida:

- YO SOY EL GUERRERO: me encanta proteger. Controlo el territorio. Soy muy posesivo y celoso. Soy frío en mis emociones, no las expreso. No le tengo miedo a nadie ni a nada. Soy muy callado pero... puedo ser agresivo.

- YO SOY EL MAGO: yo sé de todo. Yo tengo razón. Me gusta ayudar y compartir mis conocimientos. Siempre me las ingenio para encontrar una solución a los problemas. No me contradigan con mis ideas, porque me puedo resentir y enojar.

- YO SOY EL AMANTE: Me gustan todas las mujeres. Soy como el sembrador: tiro la semilla en todos los terrenos para ver cuál da fruto. Pienso siempre en sexo. También puedo ser romántico para conquistar a una mujer.

- YO SOY EL REY: me tienen que obedecer. Aquí mando yo. Se hace lo que yo digo. No escucho, hago preguntas y doy órdenes. Me gusta tener el poder para mandar o para ayudar. Me gusta sobresalir. Soy muy exigente.

14. ¿En qué cosas cree ese arquetipo se manifiesta en su vida?.....
.....

15. ¿Qué es lo que más le agrada o gusta de ese arquetipo?.....
.....

16. ¿Qué es lo que más le desagrada o molesta de ese arquetipo?
.....

F. MALESTARES

1. ¿Alguna vez pensó o se cuestionó cómo es y cómo se comporta en su vida? SI-NO

2. ¿Cómo evalúa su carácter, su forma de ser?: E-MB-B-R-M

3. ¿Qué emociones o sentimientos cree Ud. puede expresar con más facilidad?

.....
4. ¿Confía en alguien? SI-NO

5. ¿Llora? SI-NO ¿Cuándo o porqué?

-
6. ¿Qué cosas lo ponen triste?.....
-
- ¿Se siente solo en ocasiones? SI-NO
7. ¿A quién recurre cuando lo necesita, o a quien pide ayuda?.....
-
8. ¿Qué cosas, situaciones o hechos le producen temor o miedo?.....
9. ¿Cómo reacciona? ¿Qué hace ante lo que le produce temor o miedo?
-
10. ¿Qué cosas, situaciones o hechos le producen enojo?.....
-
11. ¿Cómo reacciona? ¿Qué hace ante las cosas que lo enojan?.....
-
12. ¿Se considera celoso? SI- NO
13. ¿Fue víctima o testigo de robo a mano armada? SI-NO
- ¿Cuándo?.....
14. ¿Participó alguna vez de una pelea callejera, en su trabajo, cancha de deportes u otro lugar? SI-NO
15. ¿Ud. o su compañero salió herido? SI-NO
16. ¿Sufrió en su vida algún hecho de abuso, acoso o violencia sexual? SI-NO
17. ¿Lo habló con alguien? SI-NO
18. ¿Buscó ayuda? SI-NO

G. RELACIONES AFECTIVO-SOCIALES:

PAREJA, AMISTADES, FAMILIARES

Relación de pareja

1. ¿Tiene pareja? SI-NO
2. ¿Convive? SI-NO ¿Desde hace cuanto tiempo?.....
3. ¿Cómo evaluaría la comunicación con su pareja en estos momentos?
E-MB-B-R-M
4. ¿Qué opina acerca de la fidelidad en la pareja?.....
-
5. ¿Por qué considera Ud. que se produce una relación violenta de un hombre hacia una mujer?

.....

Paternidad

6. ¿Tiene hijas/os? SI-NO ¿Cuántos?
7. ¿Cuántos hijos/as le hubiera gustado o le gustaría tener?.....
8. ¿Sus hijos son producto de una o más de una relación de pareja?
9. ¿Qué recuerdo tiene de su madre de niño? ¿Cómo la describiría?
-
10. ¿Qué recuerdo tiene de su padre de niño? ¿Cómo lo describiría?
-

Vida cotidiana

11. Vida cotidiana: organización, responsables.

11.1 Organización intrafamiliar (marque con una cruz quien o quienes están a cargo de cada actividad):

Tareas	Responsables					
	Mujer	Varón	Hijas	Hijos	Otras mujeres de la familia	Otros varones de la familia
Administrar el dinero						
Cocinar alimentos						
Comprar alimentos/insumos de la vivienda						
Cuidar los niños/as						
Cuidar de familiares enfermos						
Tarea escolar de hijas/os						
Lavar las vajillas						
Lavar las ropas						
Planchar la ropa						
Limpiar la vivienda						
Lavar el vehículo						
Trasladar los hijos a escuela						
Acompañar a servicios de salud a hijos						

Tareas de jardinería						
Pagar impuestos y servicios						

11.2 ¿Qué tareas y/o actividades consideras como no propias de los varones en el ámbito de la casa?

.....

11.3 ¿Para cuáles crees que como hombre estás más calificado?.....

.....

11.4 ¿Cuáles te gusta realizar?.....

.....

11.5 ¿Para cuáles crees que la mujer está más calificada?.....

12. ¿Participa de alguna actividad comunitaria o social en su barrio o zona de residencia? (club, centro vecinal, partido político, centro cultural, biblioteca, etc.): SI-NO

H. TRABAJO- CONDICIÓN LABORAL

1. ¿Ud. trabaja? SI-NO
2. ¿En qué rubro, profesión, oficio?.....
3. ¿Trabaja en relación de dependencia? SI-NO.
4. ¿En el ámbito público o privado?
5. ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente?.....
6. ¿Trabaja los sábados? SI-NO
7. ¿Los domingos? SI-NO
8. ¿Realiza aportes jubilatorios? SI-NO
9. ¿Conoce cuántos años lleva de aportes jubilatorios? SI-NO
10. ¿Sus condiciones laborales han mejorado en los últimos años? SI-NO
11. ¿Sus condiciones laborales han desmejorado en los últimos años? SI-NO
12. ¿Está satisfecho con su trabajo actualmente? SI-NO
13. ¿Desearía trabajar en otra actividad? SI-NO
14. ¿Tiene o se toma vacaciones? SI-NO
15. ¿Cuántos días al año?.....
16. ¿Qué hace en sus vacaciones?.....
17. ¿Tiene tiempo libre en su vida cotidiana? SI-NO
18. ¿Qué hace en el?.....

Si se encuentra desocupado en estos momentos:

19.¿Se encuentra desocupado? SI-NO

20. ¿Desde hace cuánto tiempo?.....

21. ¿En qué rubro, profesión u oficio trabajó la última vez?.....

Muchas gracias por participar

Observaciones del entrevistado:

¿Desea realizar alguna observación a la entrevista que se le tomó? ¿Cómo se sintió?

¿Alguna pregunta le incomodó?¿Que le pareció la duración?¿Alguna sugerencia?

Observaciones de la entrevistadora:

Anexo N° 2: Modelo Consentimiento Informado aplicado

Consentimiento Informado

Yo ----- he sido invitado por la **Lic. Soria Norma Graciela**, Diplomada en Ciencias Sociales con Mención en Género y Políticas Públicas, a participar en la investigación denominada **“La salud de los varones adultos en la Ciudad de Córdoba en relación con la construcción y ejercicio de sus masculinidades”**, para ser presentada en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) de Argentina.

Esta información registrada será confidencial y sólo conocida por la investigadora y mi identidad será resguardada ya que mi nombre será registrado con un seudónimo.

Asimismo sé que puedo negarme a participar o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa.

Los resultados de esta investigación serán utilizados como una contribución científica para mejorar la atención de los varones, por lo cual se agradece su tiempo y disponibilidad.

Me interesaría conocer los resultados de la investigación una vez obtenidos:

SI - NO.

Solicito se me entreguen por esta vía:

----- Resumen por escrito.

----- Vía correo electrónico:-----

----- Otra vía:-----

Si, he leído, entiendo y apruebo esta hoja de consentimiento.

Firma_____

Fecha_____

Si tiene alguna duda, o pregunta, durante cualquier etapa del estudio, puede comunicarse con Norma G. Soria. Celular 0351- 156379001.

A- Identificación general de los entrevistados

B- Condición de salud general

C- Recorridos y experiencias en centros, instituciones y con profesionales de la salud

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]