

El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes?¹

Juan Guillermo Figueroa Perea
El Colegio de México

1. Un primer acercamiento

Este texto busca reflexionar sobre las consecuencias que tienen en el ámbito de la salud algunos modelos de socialización de género a los que están expuestos los miembros de la población masculina. Interesa problematizar dichas consecuencias al interpretar el ámbito de la salud como un espacio de derechos. Para tal propósito se revisan los supuestos de categorías analíticas utilizadas para interpretar este tema y se identifican algunos elementos para una propuesta más comprensiva de las mismas.

Una primera problemática que emerge es la de la "feminización del cuidado de la salud" en varias disciplinas, a la par que en las políticas y los programas orientados a la atención de la enfermedad, así como en el lenguaje cotidiano. Estos reduccionismos contribuyen a invisibilizar los cuerpos de los varones como objeto de cuidado. Paralelamente se puede constatar la existencia de algunos modelos de masculinidad, a través de los cuales se transmiten reglas de comportamiento, experiencias corporales y exposición intencional a situaciones de riesgo, por parte de los miembros de la población masculina. Esto repercute negativamente en su salud y dificulta el ejercicio del derecho humano a la misma.

Un paso siguiente en la reflexión pretende combinar las dos anteriores, a través de decodificar algunos supuestos de los procesos de socialización que viven diferentes varones, en términos de un "descuido suicida" al que aluden diferentes estudiosos de la salud masculina, ya que permea el sentido que va adquiriendo el proceso de salud enfermedad en los varones y la introyección o no de un "cuidado de sí" en su cotidianidad.

Se buscan revisar algunos datos estadísticos sobre causas de muerte de hombres y de mujeres en diferentes contextos nacionales, con un interés especial en adolescentes y jóvenes, para después problematizar algunas de las categorías que se han utilizado en los estudios sobre masculinidad, al tratar de dar cuenta de la sobremortalidad de los varones. Entre dichas categorías se encuentran "el morir como hombre", "la masculinidad como factor de riesgo", "el mito del héroe", "el ser hombre como algo dañino para la salud" y "las muertes evitables". El análisis de los datos intenta cuestionar la noción de privilegios masculinos, al evidenciar las consecuencias negativas y contradictorias que tiene en su salud, la repetición acrítica de ciertos modelos de masculinidad, asociados a la búsqueda constante de riesgos y a la falta de cultura del autocuidado.

Una lectura analítica que permeará el análisis a lo largo del texto es la de los derechos humanos, distinguiendo sus diferentes acepciones: como protección de individuos vulnerables, como garantías de todas las personas, como obligaciones del Estado, como definidor de obligaciones de las instancias gubernamentales relacionadas

¹ Publicado en Revista "COEDUCANDO", Programa Coeducación, género y Cultura de Paz. UMCE y UNESCO. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Número 1 - Diciembre 2007, Ediciones LOM, pp. 77- 97. Santiago de Chile.

con el entorno de la salud y finalmente, como potenciador de compromisos y responsabilidades individuales.

Se concluirá presentando elementos para una propuesta de análisis integral de la noción de derecho a la salud en la experiencia de los varones, para lo cual se tiene como referencia el derecho a la protección de la salud como acceso a servicios de salud, para llegar al cuidado de sí como parte ambivalente de los modelos de identidad de género entre los varones. Esto se complementará con una reflexión sobre algunas posibilidades de problematizar y potencialmente transformar la experiencia de salud enfermedad de los varones, a partir del ejercicio ciudadano de la población masculina y de una intervención más sistemática de los profesionales de la salud.

Algunas acotaciones

En este texto trato de reflexionar sobre ejercicios previos de investigación alrededor de tres ejes: (a) el proceso de salud enfermedad de los varones y su vinculación con diferentes modelos de masculinidad; (b) los diferentes niveles de responsabilidad (social, institucional e individual) alrededor de los derechos humanos y en especial el relacionado con la salud; y (c) la construcción de políticas públicas e intervenciones sociales organizadas que combinan el quehacer de agentes institucionales (como los profesionales de la salud) y el de las personas titulares de derechos (al gestionar aprendizajes culturales –como el de la masculinidad- que dificultan o limitan el ejercicio de sus propios derechos y la demanda de acciones sociales específicas.

El texto está estructurado en varios apartados independientes entre sí, si bien pueden vincularse de varias formas en una reflexión colectiva: en este primero se comenta la búsqueda general del texto, mientras que en el segundo se incursiona en el tema de la salud de los varones, desde lo empírico para proceder luego a una revisión de las categorías usadas para interpretar este tema. El tercer apartado regresa a una reflexión más teórica de los derechos y responsabilidades, para ilustrar desde ahí algunos dilemas en el ámbito del derecho a la salud, en el momento en que interactúan los patrones culturales que legitiman ciertos modelos de masculinidad y el quehacer de agentes institucionales vinculados con políticas públicas que directa o indirectamente se relacionan con el ámbito de la salud. En el último apartado (el cuarto) se proponen algunas vertientes de trabajo en dos momentos: (a) desde la experiencia de investigaciones sobre masculinidad, con la idea de problematizar lo que puede esperarse del quehacer institucional y de sus agentes, mientras que por otra parte (b) se hace un pequeño recorrido por experiencias locales instrumentadas en diferentes países para trabajar el tema de la salud de los varones, con la idea de problematizar lo que pueden aportar al cuestionamiento de ciertas prácticas masculinas que dificultan el ejercicio del derecho a la salud. Sin intentar clasificarlas como “prácticas exitosas” se mencionan estas experiencias como insumo para dialogar sobre sus posibilidades en contextos más cercanos y dentro de un encuentro sobre exclusión y derecho a la salud, en su interacción con profesionales de la salud.

2. El proceso de salud enfermedad de los varones

De acuerdo con algunos estudios sobre causas de morbilidad y muerte de los varones de diferentes grupos sociales y contextos nacionales, a partir de la adolescencia emergen como principales causas de muerte de los varones los accidentes, los

homicidios, la cirrosis hepática, el VIH/SIDA y los suicidios. Las causas de morbimortalidad son distintas en las mujeres y ello no se explica por diferencias fisiológicas sino por procesos de aprendizaje social diferenciados sobre la forma de construir sus respectivas identidades de género (Burin y Meller 2000a).

Es decir, se ha documentado que la dinámica de la salud en la especificidad masculina es reflejo de los patrones vitales de los varones, de sus procesos de socialización, de los papeles que se les ha asignado en la sociedad, de la interpretación social de sus emociones y en el fondo, de la forma estereotipada del "ser hombre" (De Keijzer 1992). Bonino (1989) observó –por ejemplo- que tres de cada cuatro de los jóvenes que mueren por accidentes o violencia en un contexto latinoamericano son varones. El autor habla de una imprudencia personal derivada de la violencia física y psicológica de los varones, lo cual se añade a la temeridad del período adolescente.

Algunos autores señalan que los varones aprenden a usar el cuerpo como una herramienta, minimizando su cuidado e incluso calificando cualquier atención hacia el mismo como una muestra de debilidad y de fragilidad (Bonino 1989, de Keijzer 1995, Herrera 1999, López y Vélez 2001, Rodríguez y De Keijzer 2002).

Al analizar la enfermedad y la muerte entre la población masculina, De Keijzer (1992 y 2003) muestra la existencia de problemas comunes a ambos sexos, a la vez que distingue problemas específicamente masculinos, como los de próstata, ligados a sus propios procesos fisiológicos. Sin embargo, destaca algunos problemas asociados a la situación de género, como los riesgos derivados de un proceso de socialización diferencial para varones y mujeres. A partir de ello, constata la sobremortalidad masculina, en especial, desde los quince años de edad y comenta el descuido suicida por parte de muchos varones. Ello lo ejemplifica con un escaso autocuidado de los varones, y el abuso de sus capacidades corporales como una muestra de hombría, pero a la par como origen de muchos eventos violentos hacia otras personas y hacia el mismo varón.

Incluso, De Keijzer (1992) señala que si los accidentes y los homicidios se clasificaran en función de su vínculo con el alcohol y se agruparan con la cirrosis hepática, resultaría que la alcoholización es una de las principales causas de muerte de los varones en México. Podríamos afirmar que el alcoholismo no es natural en los varones ni se asocia "obviamente" a los mismos, sino que podría clasificarse como una epidemia simbólica, en la medida en que los varones aprenden y aceptan que sólo mediante la alcoholización pueden vivir situaciones de riesgo que los legitiman como varones, aunque en el proceso puedan encontrar su propia muerte.

Algunos estudios sobre salud de los varones constatan que muchos de los accidentes y homicidios surgen de esa exposición intencional a situaciones de riesgo, legitimada por un estereotipo de la masculinidad (Mansfield, Addis y Mahalik 2003). Por ello, diferentes autores concluyen que no son naturales las diferencias entre las causas de morbilidad y mortalidad entre varones y mujeres, sino que muchas de ellas tienen que ver con los modelos de identidad de género que aprenden en el proceso de llegar a ser varones y que además no se cuestionan (Klein 1995, Stillion 1995, Burin y Meller 2000b).

Cuando se piensa en las causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres, se encuentra un panorama totalmente diferente al de los varones. Las causas de muerte de las mujeres reflejan una negación social e individual de sí mismas, en cuanto al derecho a autocuidarse y prevenir situaciones que ponen en riesgo su salud (Elu 1992a

y 1992b; Sayavedra y Flores 1997; Langer y Romero 1995 y 1998; Garza y Freyermuth 2000), por asumirse como responsables de la salud de sus hijos y de su pareja, antes que de la de sí mismas. En opinión de Basaglia (1984), las mujeres pueden ser consideradas como un "ser para los otros", mientras que la literatura sobre estudios de la masculinidad (Bourdieu 1998; Fachel y Fachel 1998; Viveros 1998; Fuller 2001a y 2001b, entre otros), sugiere la posibilidad de imaginar al varón como un "ser que vive, a pesar de los otros", o bien un "ser que vive para sí mismo". Por ello un proceso de interacción equitativo entre estos personajes ofrece complejidades importantes y sugiere desfases que hay que trabajar teórica, analítica y prácticamente.

Vale la pena señalar que se trata de una descripción que parecería extrema de algunos comportamientos, al margen de que haya varones que encajen perfectamente en los mismos; sin embargo, esto suele interpretarse como irresponsabilidad de los mismos y en menor medida como pérdidas que podrían evitarse o reducirse en caso de cuestionar los modelos de socialización a través de los cuales aprendieron a ser hombres. De hecho de Keijzer (1992) afirma que ese proceso de autodestrucción y de búsqueda de riesgo es un proceso de "morir como hombre". Sin embargo, preferimos matizar esta frase, ya que creemos que existen formas más dignas de morir "como hombre", las cuales traerían asociadas formas más dignas de vivir como tal.

2.1 Construyendo algunos indicadores sobre salud: entre lo local y lo regional

En el anexo estadístico se presentan inicialmente algunas estadísticas recientes para el caso de México, sobre esperanza de vida al nacer y tasas de mortalidad por algunas de las causas anteriormente mencionadas, pero comparando el caso de los varones y de las mujeres. Nos referimos a accidentes, suicidios y lesiones (separando aquellas auto inflingidas de aquellas provocadas por otras personas), cirrosis hepática y casos de VIH-Sida (ver cuadros 1 a 5). Los datos nos muestran una mayor incidencia de efectos negativos para el caso de los varones y eso de manera sistemática, independientemente del año o del indicador considerado. Las mujeres presentan una esperanza de vida cinco años mayor a la que se observa en los hombres, mientras que el nivel de las tasas de mortalidad por los diferentes tipos de accidentes son en promedio entre tres y cuatro veces más altas entre la población masculina que entre la femenina. Los diferenciales se mantienen al analizar los suicidios y lesiones como causas de muerte e incluso en el caso de los generados intencionalmente son mayores las diferencias, siempre en detrimento de los varones. Entre esta población se observan mayores casos de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, así como por VIH-Sida. La pregunta que valdría la pena hacerse en una discusión más amplia es si esto se da de manera similar en otros países de América Latina, al comparar diferentes grupos de la población tomada como referencia.

En esta misma vertiente de entender las diferencias por sexo en el ámbito de la salud-enfermedad, se comentan a continuación algunas comparaciones de la misma esperanza de vida al nacer y de algunas tasas de mortalidad divididas por edades, pero ahora para algunos países seleccionados de América Latina. Una investigadora mexicana (Araceli Damián 2006) desarrolló una serie de comparaciones de la esperanza de vida al nacer y de la tasa de mortalidad infantil entre hombres y mujeres de varios países de América Latina durante el período 2000-2005; además comparó la tasa de mortalidad durante la niñez (es decir, durante los primeros cinco años de vida de hombres y mujeres) y luego la tasa de mortalidad de los hombres y mujeres de los

15 a los 49 años, precisamente de la edad que suele tomarse como el período reproductivo de las mujeres.

En los cuatro casos estos indicadores se comparan para la población de varones y la población de mujeres y además se contrasta entre tres grupos de países en América Latina: en el primero de ellos se consideran aquellos de tasas de mortalidad alta (como lo son Colombia y Venezuela), en el segundo caso de mortalidad baja (como Cuba, Costa Rica, Chile y Uruguay) y en un tercero grupo aparece México junto con Brasil. A continuación se estima cual sería un nivel de mortalidad viable a ser alcanzado tomando no un “ideal epidemiológico”, sino al menos las condiciones de países latinoamericanos con bajos niveles de mortalidad y se estima lo que la autora denomina “déficit de esperanza de vida y muertes evitables”, en términos de la diferencia entre el ideal factible y los datos observables para el caso mexicano durante el quinquenio que va de 2000 a 2005.

Cuando compara la tasa de mortalidad infantil encuentra que se podrían evitar en México 17 muertes por cada 100 mil habitantes (tanto en hombres como en mujeres) si se llegaran a los niveles más bajos de América Latina. Es decir, en el primer año de vida no habría tanta diferencia en función del sexo de la persona. Cuando compara los datos durante la niñez, encuentra 22.8 muertes evitables para los hombres y 20.6 muertes evitables para las mujeres (por 100 mil habitantes). Es decir, todavía las diferencias no son tan significativas, aunque ya empieza a verse un leve incremento para las muertes evitables: diez por ciento más alto para el caso de los varones. Sin embargo, donde se presenta una diferencia muy notoria y estadísticamente significativa es en el de la mortalidad entre 15 y 49 años, ya que dentro de los varones alcanza un nivel de 35.9 y en el de las mujeres disminuye a 8.4; es decir, el primero es más de cuatro veces el nivel del segundo.

Ahora bien, en un estudio realizado en 20 países (Nesse y Kruger 2002), en el cual se buscaba comparar los niveles de mortalidad femenina y masculina, y de manera paralela tratando de identificar algunas de las causas o factores que condicionan tales diferencias, se llegó a la conclusión de que el principal factor demográfico asociado a las diferentes niveles de mortalidad y sobremortalidad entre las dos poblaciones era el hecho mismo de ser varón. Es decir, se afirma que si se pudieran igualar los niveles de mortalidad masculina reduciéndolo al nivel de los niveles de mortalidad de las mujeres, el efecto benéfico desde el punto de vista epidemiológico sería mayor que si en general pudiera curarse el cáncer. Lo que está detrás de esta conclusión de alguna manera es que más que limitarse a acciones de salud pública y de políticas de salud para atender y curar las causas de morbilidad y mortalidad de los varones, en términos de los efectos visibles y finales de las mismas, pareciera que haría mejor y que sería más eficiente un cuestionamiento sobre las causas que socialmente legitiman como referentes simbólicos el ejercicio de la violencia por parte de los varones hacia otros varones, así como hacia otras personas con las cuales llegan a vincularse, ya sea de una manera formal o informal en su cotidianidad.

A propósito de las *condiciones de posibilidad* para el ejercicio de un derecho humano como el de la salud, resultaría interesante discutir su significado en una población que pareciera que tiene serios problemas, pero no de acceso, sino del discurso y del significado de la identidad de género con el fin de poner en práctica el cuidado de su salud como derecho. Pareciera que en muchos modelos de identidad

masculina uno de los atributos que se asignan a los varones es no cuidar de su salud, por tener que vivir riesgos, lo que genera contradicciones a ser analizadas con amplitud.

2.2 La masculinidad hegemónica, ¿obstáculo para ejercer el derecho a la salud?

Al tratar de profundizar en las causas de las diferencias anteriormente señaladas, resulta útil dividir a la población en subgrupos de edad, ya que nuevamente encontramos que las causas de muerte se presentan en proporciones totalmente distintas entre hombres y mujeres, pero ahora para otro país latinoamericano, como es el caso del Ecuador. Cuando se comparan en dos subgrupos de 15 a 24 años y de 25 a 44 las causas de muerte de varones y de mujeres se encuentra que de cada 100 accidentes 15 ocurren como causa de muerte de las mujeres y 85 para los varones, sin presentar gran diferencia entre un grupo de edad y el otro. En el caso de los suicidios éstos se distribuyen “equitativamente” entre varones y mujeres del grupo de 15 a 24, pero pasan a ser muy distintos en el grupo de 25 a 44, en el cual por cada suicidio de una mujer hay tres suicidios de varones. Adicionalmente, cuando se analizan problemas de homicidios estos aparecen como causa de muerte por una proporción de 9 a 1 dependiendo del sexo de la persona. Es decir, por cada 100 homicidios, entre 6 y 9 son de mujeres mientras que entre 91 y 94 ocurren en la población masculina. Podríamos encontrar múltiples analogías en otros países latinoamericanos, si bien preferimos seguir profundizando en el sentido de esta información.

Algunos autores españoles que han investigado sobre el tema encuentran en los hombres (según su interpretación) una mayor dificultad para asumir derrotas, para reconocer el dolor, para reconocer la tristeza, para reconocer la soledad, pero sobre todo una mayor dificultad para pedir ayuda, porque pedir ayuda supone reconocer cierta debilidad, supone reconocer fragilidad, supone “necesitar algo”, ¡nada más! La interpretación que dan estos autores es que entre los hombres existe una mayor dificultad para asumir la derrota, el dolor y la tristeza y la soledad, junto con una mayor incapacidad para pedir ayuda ya que esto implica reconocer cierto nivel de debilidad y fragilidad. Al parecer esto cuestionaría los modelos de masculinidad vigentes y por ende, los varones acaban de alguna manera atrapados en ese aprendizaje cultural, muchas de las veces reproducido sin mayores cuestionamientos o por lo menos, sin muchas opciones o cómplices, como para poder inventar nuevas modalidades para la vivencia de la masculinidad y sus diferentes consecuencias negativas y contradictorias para los varones.

Para propósitos de discusión y reflexión colectiva sobre el sentido del derecho humano a la salud en la experiencia de los varones vale la pena analizar cuáles son las categorías que diferentes autores, entre académicos y activistas, han utilizado para describir la sobremortalidad de los hombres con respecto a las mujeres. Por ejemplo, De Keijzer (1992) interpreta la sobremortalidad de los varones como un proceso de “morir como hombre”; los hombres se mueren porque necesitan demostrar que son “muy hombres”, señala dicho autor.

El mismo de Keijzer (1995) habla de “la masculinidad como factor de riesgo”, ya que la forma de vivir de muchos varones es un riesgo tanto para el mismo hombre y para otros hombres, como para las mujeres y para los niños y niñas. Es decir, el abuso del riesgo y la falta de autocuidado de los varones generan una violencia real y simbólica como parte de modelos hegemónicos de masculinidad en algunos grupos poblacionales (Klein 1995 y Courtenay 2002).

Otra de las interpretaciones de este comportamiento temerario y con buenas dosis de imprudencia alude al “mito del héroe” (Riquer 1997), según el cual muchos varones aprenden que para poder legitimarse como hombres deben llevar a cabo actos heroicos ya que con ello tienen historias que contar. Una de las formas de hacerlo es exponerse a situaciones peligrosas y luego conversar de “las que se sobreviven”. Esta expresión encierra en sí misma el dramatismo de la experiencia descrita, porque es obvio que de las que no sobreviven no hay muchas historias que contar. Como un ejemplo, lo que han mostrado algunos estudios antropológicos sobre la construcción masculina de los cuerpos, es cómo los varones presumen de sus cicatrices, pero no de las que se hacen accidentalmente sino de las que supuestamente se originan por sobrevivir a situaciones riesgosas (Fagundes 1995, Gastaldo 1995, Riquer 1997). Incluso hay muchos varones que reconocen que la cicatriz es una huella de una batalla ganada, de una aventura vivida, de una situación riesgosa sobrellevada y entonces es una marca muy relevante. De alguna forma, se van legitimando a través de dichas huellas con el grupo al que se quiere pertenecer y en muchos casos dicho grupo es el de los hombres.

Sobre este aspecto reflexiona Fagundes (1995) al discutir la construcción social del cuerpo masculino: el autor describe la experiencia de muchos varones con un cuerpo activo que sabe exponerse a riesgos y que busca respeto a través de la violencia y los duelos verbales, ya que eso le va dando una historia que contar y le permite caracterizar su vida como algo heroico, signo de individualidad² y de desenvoltura en lugares públicos. Por su parte, Gastaldo (1995) discute la forma de “forjar hombres de hierro” a través de deportes de contacto corporal, ya que ello constituye un cuerpo para la lucha, en el cual se aprende a despreciar el dolor. Existe un uso y percepción social del cuerpo masculino para la resistencia y el enfrentamiento a los otros.

Una forma más de mostrar lo irónico que parece el proceso para convertirse en hombre, de acuerdo a ciertos estereotipos socialmente construidos y de paso de asumir, vivir o sufrir las consecuencias negativas de este escenario es el título de un libro recientemente publicado por Gary Barker (2005). Al investigar la relación entre juventud, masculinidad y exclusión social titula los resultados en su estudio *Dying to be men*; es decir, algo así como muriéndose por ser hombre o muriéndose para ser hombre. De repente podríamos pensar en una acepción también más valorativa de que “me muero por ser hombre” pero en términos del deseo de alcanzar a serlo. Es decir, puede afirmarse que los varones tenemos ganas de llegar a ser hombres e incluso que “nos morimos por serlo”, en primera instancia dicho simbólicamente. Sin embargo, se busca concretar en la práctica el proceso de alcanzar a ser hombre, a pesar de que muchas veces se pierde la propia vida en el intento.

Otras de las categorías retomadas de la literatura que podrían ser utilizadas para repensar la forma de vincularse entre los hombres con sus cuerpos y, a través de ellos con su salud y con su sexualidad surge del título de una novela mexicana publicada recientemente, a saber *cuerpos náufragos*. Diferentes datos parecieran mostrar que el varón acaba siendo un extraño para y con respecto a su propio cuerpo, en la búsqueda de cumplir una identidad socialmente construida. De alguna manera, como si estuvieran náufragos respecto a su cuerpo, se mueven extraños al mismo, en búsqueda de una

² La individualidad a la que alude este autor es un reconocimiento de una identidad propia que le garantiza a la persona en cuestión una aceptación pública.

identidad fragmentada y frágil al mismo tiempo, por su carácter contradictorio, volátil y ambivalente, como ha sido ampliamente documentado en los estudios sobre masculinidad.

Un ejemplo más emerge cuando se piensa en los niveles de alcoholización, presentes en circunstancias asociadas a violencia y a eventos críticos que detonan enfermedades o muertes de los propios varones que se alcoholizan o de personas adicionales. Resalta el hecho de la fragilidad a la que se expone la persona en la búsqueda de adquirir “seguridad masculina” y las consecuencias negativas que tiene para él, cuando no puede controlar su vulnerabilidad física y paralelamente, los contrastes que se generan en sus referentes emocionales.

Pablo Herrera (1999) señala que en los procesos de aprendizaje de la forma de ser hombre muchas personas aprenden a minimizar el ejercicio del tacto y el contacto en sus intercambios cotidianos, disminuyendo profundamente la comunicación a nivel de piel y por ende, minimizando o reduciéndose el espectro a través del cual poder manifestar y reconocer los sentires corporales. Por eso, no es extraña la propuesta de recurrir al baile como una estrategia más para saberse reconocer corporalmente, para saber identificar las posibilidades de los diferentes componentes de ese cuerpo y para redescubrirse de alguna forma a través del mismo.

Vale la pena por lo tanto, recordar a Franca Basaglia (1984) quien señaló hace tiempo que muchas mujeres aprenden a ser “un ser para los otros, un ser para los demás”; lo que la literatura sobre masculinidad a veces pareciera reflejar es que muchos varones aprendemos a “ser un ser para nosotros”, no para los otros, sino para nosotros, “un ser para sí”, o un ser, como dicen algunos compañeros, a pesar de los otros, “un ser auto referido”. Lo que es muy extraño es que un ser para sí, no cuide de sí; *¿qué pasa con alguien que ve por él, pero no cuida de él?* Es decir, ve por él simbólicamente en muchos contextos, ya que trata de cumplir un estereotipo de la masculinidad, porque existe una presión de los pares y de la colectividad para cumplir el estándar, pero a la par se mueren por ser hombres, tratando de alcanzar cierto estándar de la masculinidad, en particular por no cuidar de nosotros.

Una de las dimensiones a considerar cuando se piensa en el derecho a la salud es que, como dice la Organización Mundial de la Salud, la salud es más que un no enfermarse, sino que es un cierto estado de bienestar. Desde cierta lectura sociológica la ciudadanía ayuda a que uno mismo trabaje por ese estado de bienestar. Si la persona realmente supiera sus derechos y supiera que tiene derecho a cuestionar una serie de elementos, pensaría que entonces puede pedirle a cuentas a los responsables de esos derechos y de crear las condiciones para su ejercicio. No se trata únicamente de una situación pasiva en donde se es el mero receptor de lo que otros hacen, sino que se es capaz de participar en crear las condiciones de posibilidad para inventar una forma más digna de morir y a la par, una forma más digna de vivir, como ya mencionamos anteriormente.

3. El entorno institucional del derecho a la salud³

El objetivo de este segundo apartado es sistematizar algunos elementos subyacentes a la discusión sobre derechos humanos y salud desde una perspectiva ética, ya que facilita dar el paso a la discusión sobre responsabilidades y condiciones de posibilidad

³ Reflexión iniciada en Figueroa y Sánchez (1999).

en el ámbito de la salud. La amplitud del tema obliga a escoger algunos elementos del mismo, a ilustrarlos con componentes de dilemas éticos identificados en la práctica y a problematizarlos desde una concepción de los derechos humanos, que privilegia la visión de los individuos-ciudadanos como copartícipes en la construcción de las condiciones sociales que les posibilitan el ejercicio de sus derechos humanos, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud.

Interpretamos la ética como la reflexión sistemática, ordenada y crítica sobre la moral, sus códigos, sus supuestos, sus autores y sus actores relevantes, pero también sobre aquellos que siendo potencialmente actores y autores son excluidos socialmente en la definición de normatividades (Figueroa 1996). Por otra parte, conceptualizamos los derechos humanos como aquellas potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas para poder desarrollarse como tales y que, por lo mismo, socialmente les son reconocidas para poder ejercer como personas (Madrazo 1993, Cervantes 2001). Es decir, más allá de una prerrogativa o un privilegio, son algo que los caracteriza como humanos y de ahí la necesidad de asegurarlos, de reconocerlos y de construir condiciones sociales para su ejercicio y paralelamente, para alertar sobre las condiciones que los inhiben y en particular, las que atentan contra los mismos.

Un elemento que interesa explorar es el contexto de las responsabilidades de los individuos de ejercer como titulares de derechos y de participar en la definición de normatividades que regulan las condiciones para el ejercicio de los mismos. En particular pensamos en las acciones sociales organizadas (por ejemplo las políticas públicas) que tratan de incidir sobre los mínimos requeridos para que las personas ejerzan sus derechos o, desde nuestra interpretación, para que puedan desarrollarse como personas. Paralelamente recuperamos algunos componentes de las contradicciones teóricas y analíticas que se generan en este proceso, por los usos del concepto de salud, ya que su carácter englobador por una parte, podría darle entrada a la “no ciudadanía” como un problema de salud, pero por otra, por su aproximación desde el combate a las enfermedades de índole biológica, acaba generando que el derecho a la salud sea visto más como el derecho a servicios médicos que contrarrestan dichas enfermedades, más que sobre las condiciones sociales y culturales que originan situaciones críticas para dicha salud, como lo pueden llegar a ser los mismos modelos de masculinidad.

3.1. Discusión ética sobre el concepto de derechos humanos

La noción de los derechos humanos trae implícita una dimensión individual y otra social; la primera se refiere al derecho como un principio que tiene el individuo por su calidad de ser humano y la segunda al derecho que se le otorga por ser parte de un contexto social determinado. Cervantes (2001) lo distingue como la individualización de lo social y como el referente moral de las relaciones sociales. El sentido intrínseco de los derechos humanos reconoce a la sociedad como un conjunto de individuos con necesidades específicas y como personajes dotados de derechos por el hecho de ser humanos. La referencia extrínseca de los mismos está expresada a partir del otorgamiento por parte de una instancia externa a su ser (Estado, instituciones), que construye formas legales de regulación y vigilancia de las condiciones para ejercer los derechos.

No obstante, se ha planteado también la posibilidad de percibirlos de manera combinada, en la que el Estado no es el creador u otorgador de los derechos, sino

como una instancia que los reconoce, los 'precisa, fija su extensión y sus modalidades, a la vez que establece los mecanismos y procedimientos para su adecuada tutela y conservación' (Madrazo 1993). A partir de esta diferenciación es que se traducen los derechos humanos como expresión de principios universales y abstractos, en garantías individuales que delimitan los principios (García Romero 1996).

Bidart (1989) señala, a propósito del Estado como una instancia externa que define los mecanismos de tal regulación, que el ejercicio de los derechos humanos supone la participación de un sujeto activo y otro u otros pasivos; el individuo como titular de derechos se constituye en el sujeto activo por la idea de ser quien demanda la obtención de un bien o la prestación de un servicio a otro (Estado, instituciones), el que se constituye en el sujeto pasivo, por tener la misión u obligación de proporcionar dicho bien o servicio. Cuando no existe una instancia ante quien solicitar su atención, los derechos pierden sentido y efectividad.

Se han reconocido los derechos humanos como mínimos de convivencia, lo que obliga a compartir responsabilidades, delimitando las características de la organización social, asumiendo colectivamente los costos de las situaciones imprevistas a la vez que los beneficios de los logros sociales generados. Además, se enfatiza que ello no depende de características de los individuos que de entrada los descalifiquen de ciertos procesos (como lo puede ser su sexo, etnia, nacionalidad, grupo social), sino que las condiciones para su ejercicio deben sustentarse en acuerdos sociales, centrados en criterios de justicia distributiva. Lo complejo para el caso concreto del derecho a la salud es que no es unívoca la forma de interpretar el concepto de justicia y, muchas veces, la interpretación depende de relaciones de poder desiguales y de criterios definidos por los que ejercen la autoridad, más que por procesos consensuados. A ello se añade que desde la misma teoría sobre la justicia, su significado tiene importantes variantes (Gracia 1990, Dieterlen 1996).

La discusión sobre el sentido que puede tener un derecho humano a la salud adquiere además matices diferentes dependiendo si la salud se interpreta como el menor número posible de enfermedades, padecimientos o síntomas de molestia, o bien como avances en el estado de equilibrio o bienestar biológico, psicológico y social de una persona, de un grupo o de una colectividad. Esto resulta particularmente relevante después de la caracterización de las causas de morbilidad y mortalidad de los varones, esbozada en el apartado anterior. Además, haría falta considerar la conceptualización que se tenga de la relación entre el médico -en tanto autoridad reconocida para el cuidado de la salud- y las personas que pueden recurrir a sus servicios: pacientes o usuarios, pero a final de cuentas titulares del derecho a la salud.

En esta vertiente de tratar de interpretar la relación entre médicos y pacientes, Bloom y Wilson (1996) recuperan un esquema de Thomas Szasz y Marc H. Hollender con el fin de distinguir algunas formas de interacción entre estos dos actores sociales. De su análisis se derivan tres modalidades: la actividad-pasividad, el asesoramiento-cooperación y la participación mutua.

(a) En el primer caso el médico tiene una actitud activa y el paciente asume un papel pasivo, dado que éste se encuentra -en la lectura de ambos actores- en un momento de absoluta 'dependencia', por lo que puede leerse como una relación paternalista, reproducida por ambas partes.

(b) En el segundo caso se expresa cierta disposición del paciente por seguir las instrucciones del médico y si bien el primero ejercita su capacidad de emitir juicios,

asume una actitud de disposición por la idea de que el médico sabe lo que es mejor para el evento a tratar.

(c) En la tercera forma de interacción existe una actitud de ambos que estimula que el paciente asuma ciertas responsabilidades en la definición del tratamiento u otra estrategia para trabajar por su salud. Cada una de estas formas de interacción suponen derechos y responsabilidades diferentes en ambos personajes, lo cual repercute en diferentes formas de organización social para buscar la salud a la que se viene aludiendo, pero también genera una discusión diversa sobre las responsabilidades de los profesionales de la salud al vincularse en concreto con la población masculina.

Valdría la pena preguntarse ¿cómo leer estas tres aproximaciones a la luz de las causas que dificultan el acceso a la salud por parte de los varones, en especial cuando las diferencias en las causas de mortalidad y morbilidad dependiendo del sexo de la persona no se explican simplemente por diferencias fisiológicas, sino que tienen una relación importante con la forma en que se construyen socialmente las identidades de género, a las cuales también están expuestos los profesionales de la salud?

Es claro que dichas causas de morbilidad y mortalidad pueden combatirse asignando recursos para hospitales en donde atender a los sujetos que sufren accidentes, lesiones diversas, cirrosis hepática y algunas otras problemáticas que caracterizan la mortalidad de los hombres, pero un cambio sustancial implícito detrás de este proceso de salud y enfermedad de los hombres, pasaría por el replanteamiento del estereotipo de la masculinidad y la necesidad de inventar formas de constituirse como hombre, sin que ello implique pasar por el proceso de violencia hacia sí mismo y hacia los demás: A la par de beneficiar las condiciones de vida de los hombres, esto redundaría en el derecho a la salud de las mujeres y de los menores de edad.

De manera vinculada a esta problemática están las causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres, ya que al margen de las que tienen que ver con los procesos fisiológicos, son de llamar la atención las situaciones en que más que una negligencia intencional, como parecieran ser alguna de las causas de las muertes de los hombres, se ve una “indiferencia o negligencia simbólica”, ya que muchas mujeres no se reconocen con permiso para ver por su propia salud, precisamente porque socialmente se espera que vean por la de los demás, antes de pensar en ellas mismas. Como esto es un proceso demandante, en muchas ocasiones las mujeres no tienen tiempo para ver por ellas mismas y además las condiciones sociales no promueven, ni facilitan el que las mujeres lo hagan. Por ende, situaciones prevenibles no son tratadas como tales, precisamente por el proceso de construcción social de la identidad femenina.

Podrán hacerse campañas para promover la detección temprana de cáncer cérvico uterino o de cáncer mamario, por ejemplo, pero estas no tendrán un efecto suficiente si no se replantea socialmente el valor del cuidado de la salud de las propias mujeres, como algo que les posibilita desarrollarse como personas, y si no se promueve que tienen derecho a rechazar situaciones de violencia física y psicológica, tan frecuentes en las relaciones de género. Es decir, el apoderarse de los recursos sociales e institucionales así como de las capacidades individuales para que varones y mujeres puedan desarrollarse como personas, aparece como una estrategia más comprensiva que el mismo acceso universal a los servicios de salud.

No se trata de posturas radicalmente excluyentes ya que incluso el apoderamiento de los individuos es un proceso multidimensional de largo plazo, por lo que es indudable que seguirá siendo de utilidad de debates éticos sobre la distribución

de los recursos de salud, pero lo que pareciera importante es que esto no sea únicamente en los recursos de atención médica, sino que debiera incluir los recursos sociales que le permiten a los individuos irse apoderando del contexto e ir influyendo sobre el mismo, por ejemplo cuestionando sus identidades de género.

3.2 Algunos dilemas de derechos y responsabilidades en el ámbito de la salud

Está ampliamente documentado que existen casos en donde la dificultad para asegurar recursos de manera generalizada tiene que ver también con deficiencias en la administración de los existentes, en recursos distribuidos de acuerdo a intereses de grupos específicos o incluso, en contextos donde los reduccionismos en la interpretación de los factores que influyen sobre diferentes problemas, dificultan concepciones integrales de las situaciones a ser tratadas, como suele ser el caso nuevamente de la morbilidad y mortalidad de los varones.

Sin embargo, otro elemento a considerar en este análisis es la responsabilidad del cuidado de la salud como efecto del ejercicio de la libertad de los individuos. En esta vertiente Jusidman (2001) destaca la necesidad de definir los límites de la responsabilidad individual, familiar, comunitaria y social, pues no obstante que se reconoce al Estado como un agente corresponsable en el cuidado de la salud, al participar en los procesos educativos para el cuidado individual de la salud, deben considerarse también los procesos que se desarrollan y que permiten a los individuos 'pre-ocuparse' de su salud (Vieira Pinto 1973); es decir, prever y ocuparse previamente de la misma, con el fin de poder influir sobre su entorno.

Adicionalmente, la discusión sobre el derecho humano a la salud, en tanto recurso de 'empoderamiento de los individuos' para el ejercicio de sus diferentes capacidades, le da otras posibilidades analíticas al estudio de los vínculos entre los procesos demográficos y epidemiológicos, en la medida en que le reconoce un papel protagónico a los individuos que se reproducen, se enferman y se mueren, a la par que se desarrollan como personas.

La discusión sobre este tema adquiere matices diferentes y se ubica en un contexto más específico, cuando se vincula con la caracterización de problemas de salud de una población, en términos de su tipología y de la magnitud de los mismos. A lo anterior se añade el tipo de acciones que privilegia una sociedad determinada, a través de sus instancias reconocidas para el cuidado de la salud.

En este sentido la caracterización epidemiológica de una población no es independiente del proceso demográfico que se está viviendo ni del desarrollo social y económico de una sociedad determinada. Los modelos de vida, las características alimenticias, los patrones reproductivos (social y biológicamente imaginados) y la estructura política y moral de una sociedad (en términos de su capacidad para promover la democracia, la pluralidad y la tolerancia), no son independientes de las problemáticas de salud y mortalidad que caracterizan a una población, así como de las estrategias sociales organizadas para contrarrestarlas (ver Leal 1992).

Por lo mismo, a partir de estas reflexiones es necesario repensar la participación de los individuos que se consideran titulares de derechos, de las instituciones sociales y gubernamentales que inciden sobre las condiciones en las que se ejercen los derechos, y de las acciones y la organización social en el marco de las cuales viven los individuos y se desarrollan las acciones institucionales. Son varios los niveles de análisis teórico e implicaciones políticas que requieren de una mayor generación de conocimiento e

investigación, así como de sistematización en el campo de la salud, al tratar de vincularse con el derecho humano a la salud de una población específica.

a) En el nivel de *las responsabilidades sociales*, la organización de la vida cotidiana tendría una dimensión y expectativas diferentes de asegurarse el potenciar a los individuos en sus diferentes capacidades, asegurando ciertos parámetros mínimos como referencia de interacción. Es decir, evitar inequidades en la forma de acceder a las oportunidades para desarrollarse como personas, a la par que visibilizar las contradicciones de ciertas formas de interacción cotidiana. Una forma de asegurarlo es buscando que los problemas identificados en diferentes grupos poblacionales se socialicen y de esta forma se asegura que los individuos mismos, los organismos que trabajan con ellos, los investigadores sobre tales temáticas y los definidores de programas vinculados con las áreas de referencia, puedan intercambiar propuestas de solución al identificar las causas de las mismas.

Ello evitaría aproximaciones paternalistas y permitiría compartir las responsabilidades de búsqueda de recursos para poner en práctica las soluciones. Ello sería posible en caso de democratizar diferentes procesos de organización social, ya que toda valoración de niveles de responsabilidad trae asociada como condición el ejercicio de la libertad por parte de los actores involucrados. Esta propuesta contempla como eje básico un *“autocuidado colectivo”*, lo que implica un acompañamiento mutuo en la construcción del bienestar social e individual. Para ello es necesario documentar la forma en que diferentes individuos construyen procesos de autocuidado de su salud.

b) En el caso *del nivel institucional*, es necesario deconstruir los procesos de definición de normatividades identificando la forma en que son incorporados el contexto y las necesidades de los individuos que se vinculan con dichas instituciones. Es decir, ¿se asumen las necesidades de la población, se suponen o simplemente se ignoran al definir políticas y programas? (ver Jasis 2002) En muchos casos pareciera que se construyen estrategias a partir de las prioridades teóricas, analíticas y políticas identificadas por los coordinadores de las instituciones, pero sin estar claramente presente la población a la que se destinan los servicios. ¿Qué dirían los hombres?

En este nivel es relevante el papel de la investigación, al documentar el contexto de las acciones de salud en grupos poblacionales específicos, enfatizando que dicha investigación no es circunstancial, ni puede ser un lujo dependiendo de los recursos disponibles para ello. Algunos autores (Pérez Tamayo 1991) han llegado a proponer la obligación ética de la investigación en la medida en que las acciones de salud repercuten sobre individuos específicos, y por ende éstos requieren de una permanente actualización, con el fin de tratar con dignidad y conocimiento a quienes son objeto de las intervenciones institucionales.

Paralelamente, es necesario profundizar en la dimensión de los compromisos de la investigación, derivados del tipo de conocimiento adquirido (combinando lo social y lo biomédico), tanto de fenómenos empíricamente interpretados, como de las interacciones de carácter político que circundan las acciones sociales que influyen sobre la salud. Tan importante como lo anterior, es el explicitar la *“justificación ética”* del proceso de generación de conocimiento pero a la par de los silencios ante problemáticas como la morbilidad y mortalidad de los varones.

No resulta ocioso preguntarse por las responsabilidades que tienen los investigadores (y más específicamente la comunidad científica) por el hecho de investigar ciertos temas vinculados con el entorno de la salud de la población o bien

dejar de hacerlo. Las políticas de investigación pueden omitir accidental o deliberadamente ciertos temas de sus agendas y con ello influir favorable o negativamente en la disponibilidad del conocimiento que alimenta políticas y acciones sociales que repercuten en la salud de la población. Ello no es independiente del financiamiento de los trabajos académicos, si bien no se reduce a ello. Las concepciones reduccionistas y los intereses puestos en juego en la definición de prioridades también repercuten en el quehacer de la investigación.

c) En lo que se refiere *al nivel individual*, una dimensión necesaria de considerar es la del sentido de ejercer como ciudadanos, para lo cual un paso previo (analíticamente diferenciado) es el ejercer como persona. Ello permite participar en la construcción del entorno vital, dentro del cual el referido a la salud es central. A través del autocuidado de sí mismo y de los demás, se resignifica el vínculo con el propio cuerpo y el lugar del mismo en el ser persona, pero también se pueden cuestionar los aprendizajes de género, que como hemos visto pueden tener consecuencias negativas para la salud. Recuperando la especificidad de la morbi-mortalidad masculina y femenina, puede participarse en nuevas formas de redimensionar la identidad de varones y de mujeres, así como los factores que predisponen a ciertos problemas de salud por los procesos de construcción de la identidad genérica de las personas, a partir de la valoración de sus diferencias sexuales.

Somos de la idea que una lectura ética posibilita identificar a los individuos como actores en la construcción del entorno para el ejercicio de sus derechos humanos, entre ellos el de la salud. Por lo mismo concluimos este apartado recuperando un esquema que permite sistematizar componentes para un análisis ético de diferentes problemas de salud, y en el cual el sentido de "ciudadanía" de toda persona es considerado como una pieza importante en el análisis. Es de esperarse que su aplicación en reflexiones colectivas enriquezca la comprensión del entorno del derecho a la salud de los varones.

El esquema propuesto para desarrollar un análisis de un dilema ético contempla los siguientes pasos: (a) descripción del dilema detallando conflictos y posibles vertientes de solución que entran en tensión; (b) identificación de actores y población afectada por el conflicto; (c) identificación de la población afectada por el conflicto que al parecer no lo percibe como tal; (d) documentación de diferencias de género en la forma en que la población es afectada por el conflicto (por el hecho de ser mujeres o por el ser varones); (e) identificación de principios o supuestos éticos que entran en juego al generarse el conflicto; (f) documentación de formas de no respetar dichos supuestos o principios por omisiones, abusos, ambivalencias y confusiones en el lenguaje; (g) definición de opciones factibles de solución y personajes partícipes en dicho proceso; (h) identificación de diferencias de género en la forma en que la población participa en la solución de los conflictos; (i) esbozo de las condiciones de posibilidad para la puesta en práctica de las soluciones y para la participación de las personas que se reconocen como actores relevantes; (j) identificación de problemas metodológicos sobre los que valdría la pena seguir investigando para enriquecer el análisis y finalmente, (k) discusión sobre problemas éticos sobre los que es necesario seguir discutiendo: por ejemplo, la responsabilidad de la persona que percibe un conflicto, que además percibe que los individuos afectados por el mismo no lo ven como tal y que está convencida que debe hacerse algo para modificar la situación (Figueroa 1996).

Este esquema puede servir para repensar dinámicamente la discusión sobre el entorno de la salud en tanto objeto de derechos, además de ser relevante como

propuesta de investigación y de postura política, la identificación de procesos de resistencia social a la normatividad institucional, así como los elementos de adaptación, reacomodo y transformación individual y grupal respecto a los cambios sociales y a las intervenciones institucionales.

4. Algunas reflexiones para repensar políticas públicas y programas de salud

En este apartado final se sugieren algunas reflexiones para construir propuestas de intervención en el tema del texto, desde dos vertientes: (a) desde el cuestionamiento de modelos de masculinidad que dificultan el derecho a la salud, en la medida en que puede generar insumos para replantear el quehacer de los profesionales de la salud, mientras que en una segunda instancia (b) se buscan ilustrar algunas experiencias de trabajo con el tema de la salud de los varones, en la medida en que desde diferentes instituciones se pueden generar acciones que cuestionen diferentes prácticas masculinas que dificultan el ejercicio del derecho a la salud. Esperamos que los diferentes apartados del texto contribuyan a estimular un diálogo sobre sus posibilidades en contextos más cercanos y dentro de un encuentro sobre exclusión y derecho a la salud, en su interacción con profesionales de la salud.

4.1 Desde los modelos de masculinidad

La caracterización presentada en estos apartados necesita ser repensada a partir de la revisión de los procesos de aprendizaje social de 'la masculinidad'. Además de ello, es necesario reflexionar si hay motivos para pensar que dichas prácticas puedan ser diferentes en poblaciones específicas. En particular, las investigaciones llevadas a cabo en América Latina sobre estos temas muestran la diversidad de experiencias en el ejercicio de la masculinidad en función de los grupos de pertenencia de los varones, de la etapa de la vida por la que atraviesan y de su escolarización, entre otras variables. Incluso se muestran diferentes indicios de lo que podría llamarse "una crisis de la masculinidad" o por lo menos el cuestionamiento de ciertos modelos hegemónicos de la misma (De Keijzer 1999, Abarca 2000, Figueroa 2001 y Olavarría 2005).

Actualmente se recurre constantemente a un concepto que alude a "la crisis de la masculinidad". Se usa mucho entre académicos que estudian a los varones y los modelos de masculinidad, pero todavía no entre el común de los varones. Algunas personas han llegado a decir que existe la crisis de la masculinidad, pero que los hombres todavía no se enteran que hay una crisis de la masculinidad y puede parecer broma pero tiene una buena dosis de ironía; es decir, hay una crisis de los modelos hegemónicos de masculinidad y se podría hablar hasta de un malestar en muchos hombres sobre las cosas que están cambiando, pero precisamente como los varones son/somos contruidos como el modelo o el punto de referencia en muchas organizaciones sociales, se habla de un malestar, pero no se cuestiona como posibilidad que lo que está mal es uno. "Es que ya no se puede hacer esto o ya no se puede esto otro", y tendemos a delegar la responsabilidad (como en la adolescencia) a todo el que se le pone en frente, pero pocas veces se nos ocurre que la crisis de la masculinidad es porque es necesario inventar otra forma de ser hombre.

Una vertiente más de reflexión a explorar la representa el análisis del papel del deporte en la construcción de la identidad masculina (Huerta 1999), ya que en ese espacio se encuentran componentes contrastantes con lo que se identifica en la cotidianidad menos institucionalizada o por lo menos, menos disciplinada. Por una

parte, hay una búsqueda de cultivar el cuerpo, de festejar sus capacidades, de protegerlo, de disciplinarlo y de estimularlo. Al mismo tiempo, hay diferentes tipos de contacto durante los encuentros deportivos que en algunos casos cuestionan los tradicionales modelos de masculinidad (al tocarse con formas que se asemejan a las eróticas heterosexuales pero en este caso entre hombres) o por lo menos, los estereotipos de los mismos. En esos ámbitos se da mucho más contacto ante ciertos festejos, que fuera de esos rituales podrían ser cuestionados por su aparente vinculación con la homosexualidad, con la afectividad, con la ternura y con otro tipo de sentimientos que no son tan festejados ni tan apreciados regularmente en las masculinidades hegemónicas o vigentes.

Al parecer la relevancia simbólica de los logros obtenidos en el deporte podrían ser las únicas justificaciones posibles para transgredir los modelos de masculinidad. Sin embargo, algo que también aparece de deporte es la competencia y el ejercicio de la violencia, pero muchas de las veces más allá de los mismos deportistas, para depositarse en los seguidores y en los fanáticos del deporte. Estos proyectan y transmiten de alguna forma sus anhelos, sus ideales y sus expectativas de logros y de competencias en aquellos un poco más disciplinados con el cuerpo, sobre todo con la rutina deportiva y que por ende, además de sus habilidades pueden llegar a destacar en lo que algunos autores han llamado la “masculinización de la sociedad, a través del deporte” (Huerta 2002).

En otra vertiente de reflexión vale la pena retomar investigaciones (O'Brien, Hunt y Hart 2005), donde se analiza la práctica de los varones en cuidar de sí mismo y de su cuerpo. Llegan a la conclusión de que este cuidado empieza a desarrollarse un poco más conforme van aumentando la edad, en parte quizás por las mismas demandas físicas de cuidado, de desgaste y de “menos virilidad”, de acuerdo a los parámetros de modelos tradicionales, pero que en edades joven y adolescentes sigue prevaleciendo esa percepción de inmunidad que se aprende y transmite en múltiples modelos de masculinidad.

Irónicamente, el proceso de aumentar la edad y de ir envejeciendo, genera situaciones contradictorias en muchos varones: por una parte, el tener que reconocer ciertos cuidados del cuerpo por las mismas demandas del organismo, pero por otra, el vivir con una especie de “resaca” o de secuela del modelo de masculinidad ejercido por la demanda social de los aprendizajes de género. Esto es más crítico en particular cuando este varón ya no es capaz de seguir controlando ni su cuerpo, ni los cuerpos de otros, de la misma forma que lo pudo haber intentado hacer, o incluso haber hecho durante las edades más tempranas.

Un elemento profundamente contradictorio de llegar a la conclusión de que el hombre es un factor de riesgo y quizá el factor de riesgo más relevante para dar cuenta de los niveles de mortalidad entre varones y mujeres, es cuando se da el paso para tratar de hacer propuestas de políticas públicas que mejoren las condiciones de salud de la población en general y de los varones en particular. En este caso pareciera que más eficiente que múltiples propuestas epidemiológicas y preventivas de cierto tipo de enfermedades más recurrentes, podría tener un efecto más favorable el implementar una estrategia de mediano y largo plazo para cuestionar los referentes simbólicos que legitiman ciertos modelos de masculinidad, dentro de los cuales se incluye de manera constante el ejercicio de la violencia y el descuido de sí, como una manera de

evidenciar la supuesta autosuficiencia, la independencia y la virilidad de la población masculina.

En otra vertiente haría falta analizar y reflexionar es si los hombres cuidamos de nuestro propio cuerpo. Si aprendimos a abusar del cuerpo y a exponer el cuerpo a situaciones límite, va a ser muy difícil que de repente ubiquemos al mismo cuerpo como objeto de cuidado. Lo irónico es que hay también literatura sobre el tema y una de las prácticas “muy masculinizadas en muchos países” que sí genera un cuidado del cuerpo es el deporte (Mishkind, Rodin, Silberstein y Striegel-Moore 1987; White, Young y meter 1995; Fawlkner y McMurray 2002; Grogan y Richards 2002; Sabo et al 2002; Montejo 2005). Es de las pocas disciplinas a las que nos exponemos los varones que estimula el cuidado del cuerpo, pero muchas veces lo estimula para la competencia con otros; es más raro el discurso de cuidar el cuerpo porque genera placer cuidarlo, recuperando sus elementos lúdicos (Whitehead 2002; Connel 2003).

En la década de los noventa se publicó un libro en Costa Rica, que se llama *Amor de machos* (Schifter 1998) y recupera resultados de una investigación antropológica sobre la sexualidad en las cárceles de hombres, en sociedades homofóbicas y machistas, en donde difícilmente los hombres reconocemos que tenemos contacto sexuales con otros hombres. Si no reconocemos que tenemos contacto afectivo con otros hombres, más difícilmente reconoceremos contactos sexuales. El autor llega a la conclusión -por las entrevistas que hace- que las tres cuartas partes de los entrevistados (era un estudio bastante amplio) habían tenido contacto sexuales con otros hombres en la propia cárcel, pero lo que él comenta es que como una cuarta parte cuanto mucho de todos los que reconocieron haber tenido contacto sexual con otro hombre, describirían este contacto como homosexual. La mayoría lo describían como “yo lo obligué, yo lo penetré, yo lo violé, yo le pagué para que me diera servicios sexuales, o bien, se prostituyó”, pero pocas veces cuestionan otra lectura de la sexualidad, que se distanciara del punto de vista de la masculinidad dominante. Por ello, llama la atención que los varones llegan a decir que tal nivel de saturación en el contacto cotidiano con varones los obligó (lo ven como una obligación) a hablar con otros hombres. Algunos dicen “ni con mi pareja había conversado tanto, como con un compañero de celda, con el que duermo, con el que hago mis necesidades fisiológicas (pues no hay ningún tipo de intimidad) y con el que acabo hablando, y a final de cuentas, con el que acabo conversando”. Lo que a veces percibo de la investigación recuperada en este libro es que los hombres acaban con una especie de “saturación corporal”; les satura el contacto tan cercano cuando la cultura les transmitió que parte de la identidad masculina era separarse del otro cuerpo.

Una de las búsquedas para trabajar el derecho humano a la salud en los hombres, para que no acabe siendo un concepto ambivalente, consistiría en resignificar el cuerpo de los varones, redescubriendo nuestro propio cuerpo. La historia del feminismo construyó el concepto de derechos reproductivos resignificando su cuerpo como un lugar de resistencia a las imposiciones de otros, y por eso las feministas de principio de Siglo XX decían “mi cuerpo es mío”. Lo que yo me pregunto a ratos es ¿los hombres podríamos hacer una cosa equivalente, podríamos redescubrir nuestro cuerpo, podríamos resignificar nuestro cuerpo?

Tengo la impresión que una propuesta de política pública, de debate y de discusión para cuestionar esas causas de muerte de los hombres, que en mi percepción son evitables, consistiría en problematizar modelos de masculinidad, de manera tal que

los hombres tuviéramos la posibilidad de resignificar relaciones con nuestro propio cuerpo, porque al resignificarlas seguramente resignificaríamos las relaciones con todos los otros cuerpos con que regularmente nos relacionamos.

Me parece necesario profundizar en las coincidencias y diferencias entre las categorías de “ser para sí” y “ser que cuida de sí”. Al parecer los varones son seres entrenados para “pensar en sí mismos”, como parámetro de referencia de la cotidianidad. Sin embargo, si los varones buscaran hacer sinónimo el “ser para sí” con un “cuidado de sí”, ello los obligaría a dejar de pensar en sí mismos como el ser de referencia en la organización social y acabarían relativizándolo, construyendo referentes relacionales en sus intercambios de género.

4.2 Desde el quehacer de los profesionales de la salud

En este apartado final me interesa dialogar con los profesionales de la salud a partir de recuperar experiencias de intervención sobre el ámbito de la salud de los varones. Es amplia la literatura que estoy tratando de sistematizar, pero en esta versión ilustro sin mucho detalle algunos casos en contextos heterogéneos. Espero poder dialogarlo desde las diferentes conceptualizaciones de las funciones y responsabilidades de dichos personajes, cuestionando su papel en la transformación de referentes culturales pero a la par las responsabilidades de muchos otros actores sociales.

En diferentes países se ha recurrido a estrategias muy diversas con el fin de vincularse con el tema de la salud de los varones de una manera sistemática. En el espectro encontramos países como Australia en donde se cuenta con un programa nacional de salud de los varones, elaborado, evaluado y revisado periódicamente a la luz de seminarios nacionales que analizan los mismos conceptos y temas que incluye el programa; es decir, la academia alimenta y dialoga constantemente con el quehacer de los servicios de salud institucionales (Commonwealth Department of Human Services and Health 1996).

Una experiencia cercana generada en Austria y en los Estados Unidos de América contempla la celebración en el primer país de congresos internacionales para comparar experiencias sobre el tema y para discutir problemas emergentes, mientras que en el segundo caso se opta por publicar una revista internacional que permite documentar avances en formas de intervención, pero a la par en la comprensión de los factores que condicionan el proceso de salud enfermedad de los varones (International Journal of Men's Health, varios años).

En el caso del Fondo de Población de las Naciones Unidas, se ha buscado estimular una campaña bajo el nombre en inglés de “partnering” (siendo compañeros o acompañando); es decir, dando a entender la necesidad de acompañarse en la búsqueda de la salud, si bien en su caso la centran en temas de salud sexual y salud reproductiva (Cohen y Burger 2000; The Alan Guttmacher Institute 2003; Donta, Vogelsong, Van Look y Puri 2005).

En el caso de América Latina, recuperamos como ejemplos el trabajo de ECOS y el Instituto Papai (ambos con sede en Brasil) y de Salud y Género (organización no gubernamental mexicana), ya que llevan a cabo talleres de sensibilización con diferentes poblaciones pero recurriendo al uso de videos y dinámicas de apoyo, que estimulan que los propios varones, así como grupos de mujeres, tomen distancia de sus aprendizajes de género pero a la par cuestionen las consecuencias negativas de las mismas (ECOS, Salud y Género, Instituto Papai, 2005). Esta aproximación tiene

algunas similitudes con talleres que se llevan a cabo en Filipinas con la idea de sensibilizar a los varones sobre violencia de género, ya que apoyándose de dramatizaciones, así como de letras de canciones estimulan que los varones se ubiquen en la posición de las mujeres como ser violentado por ellos y que así asuman una posición más comprometida para contrarrestar dicha violencia (Constantino-David 1995). Seguramente podrían intentarse analogías con problemáticas de los varones, evidenciando problemas de sí mismos.

Otra vertiente que se ha intentado en diversos países de América Latina es dialogando con varones que parecieran estar cuestionando los estereotipos (Becerril 1998), pero indagando de manera específica por las ventajas y ganancias que encuentran al insertarse en este proceso de cuestionamiento de los modelos vigentes de masculinidad. Otros recursos han contemplado intervenir en los contenidos de los modelos de educación formal, ya que éstos legitiman o cuestionan la forma en que los varones se vinculan con sus cuerpos, su salud y en general, su identidad de género (Connel 1996; Brugeilles y Cromer 2005).

En esta misma vertiente algunos médicos mexicanos diseñaron un manual con el sugerente título de ¿cómo hacer un hombre? Recurriendo a una metáfora del rompecabezas, ilustran sus partes y las diferentes formas de acomodarlo (Lomelí, Madrigal y Ramírez 2004). Poco a poco van transmitiendo que los aprendizajes culturales son los que van definiendo los diferentes guiones posibles para ordenar las partes pero a la vez estimulan a pensar que las libertades individuales y la toma de conciencia sobre los condicionamientos de género facilita el reordenarlos de formal alternativas y en especial más gratas con mejores efectos en la salud. Es evidente que vale la pena seguir reflexionando sobre el tema y diversificando las estrategias que permitan enriquecer la construcción del entorno de la salud de los varones, a través del ejercicio de derechos y del reconocimiento de los de las mujeres.

5. Referencias bibliográficas

- Abarca, Humberto (2000) "Discontinuidades en el modelo hegemónico de masculinidad", en Mónica Gogna (editora) *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, pp. 193-244.
- Barker, Gary T. 2005. *Dying to be Men. Youth, Masculinity and Social Exclusion*. Routledge. U.K.
- Basaglia, Franca (1984) "La mujer y la locura", en Silvia Marcos (editora) *Antipsiquiatría y Política*. México, D.F. Ed. Extemporáneos, pp. 150-171.
- Becerril, Alberto (1998) Video *¿Qué ganamos con cambiar?* Serie: La salud reproductiva: una tarea conjunta. No. 1, México.
- Brugeilles Carole y Sylvie Cromer (2005) *Analyser les représentations du masculin et du féminin dans les manuels scolaires*. Centre Population et Développement. Paris, Francia.
- Bidart Campos, German (1989) *Teoría General de los Derechos Humanos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM México.
- Bloom, Samuel y Robert Wilson (1996) "Relaciones entre médicos y pacientes", en Gloria Careaga, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía (compiladores) *Ética y salud reproductiva*. Universidad Nacional Autónoma de México y Editorial Porrúa, México.

- Bonino, Luis (1989) "Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos. Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires". (mimeografiado)
- Bourdieu, Pierre (1998) *La domination masculine*, Editions du Seuil, France.
- Burin, Mabel e Irene Meler (2000a) "La masculinidad. Diversidad y similitudes entre los grupos humanos", en Mabel Burin e Irene Meler *Varones. Género y subjetividad masculina*. Paidós, Buenos Aires, pp. 71-121.
- _____ (2000b) "Género: herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina", en Mabel Burin e Irene Meler (editoras) *Varones. Género y subjetividad masculina*. Paidós, Buenos Aires, pp. 21- 69.
- Cervantes Carson, Alejandro (2001) "Universalización, Desigualdad y Ética: Intervenciones en la Teorización sobre Derechos Humanos " en Juan Guillermo Figueroa (coordinador) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México y Editorial Porrúa, México, pp. 41-97.
- Cohen Sylvie y Michele Burger (2000) *Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health*. Technical Paper No. 3, United Nations Population Fund. New York.
- Commonwealth Department of Human Services and Health (1996) *Proceedings from the National Men's Health Conference*, Australia.
- Connell, Robert (1996) Teaching the Boys: New Research on Masculinity, and Gender Strategies for Schools, *Teachers College Record*, Volume 98, Number 2, pp. 206-235. Australia.
- Connel, Robert W. (2003) "Los cuerpos de los hombres", *Masculinidades*, Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 73-101.
- Constantino-David, Karina (1995) *Gender Seminar for men. The HASIK experience*, HASIK, Quezon City, Filipinas.
- Courtenay, Will H. (2002) "Behavioral Factors Associated with Disease, Injury, and Death among men: Evidence and Implications for Prevention", *International Journal of Men's Health*, vol. 1, núm. 3, pp. 281-342.
- Damián, Araceli (2006) "Los derechos socioeconómicos con perspectiva de género", Seminario interno del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México.
- De Keijzer, Benno (1992) "Morir como hombres: la enfermedad y la muerte masculina desde una perspectiva de género". Seminario sobre Masculinidad, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- _____ (1995) "Masculinity as a Risk Factor", Seminar on Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, IUSSP, Zacatecas, México.
- _____ (1999) "Los derechos sexuales y reproductivos desde la dimensión de la masculinidad", en Beatriz Figueroa (editora) *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*, el Colegio de México / Sociedad Mexicana de Demografía. pp. 307-318.
- _____ (2003) "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina", en Carlos Cáceres, Marcos Cueto, Miguel Ramos y Sandra Vallenás (coords.) *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. International Forum for Social Sciences in Health y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú, pp. 137-152.

- Dieterlen, Paulette (1996) *Ensayos sobre justicia distributiva*, Fontamara, México.
- Donta, Balaiah, Kirsten M. Vogelsong, Paul F.A. Van Look y Chander P. Puri (Editores) (2005) *Enhancing Male Partnership in Sexual and Reproductive Health*, 'Sha & Shaz Enterprises, Mumbai, India.
- ECOS, Salud y Género, AC, Instituto Papai (2005) *Manual 1. Sexualidad y salud reproductiva. Manual 2. Paternidad y cuidado. Manual 3. De la violencia a la convivencia. Manual 4. Razones y emociones. Manual 5. Previniendo y viviendo con VIH/SIDA*. Programa H. Trabajando con hombres jóvenes. Salud y Género, México.
- Elu, María del Carmen (1992a) "Muertes maternas en la ciudad de México", en María del Carmen Elu y Luis Leñero (editores) *De carne y hueso. Estudios sociales sobre Género y Reproducción*, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México, pp. 201-221.
- _____ (1992b) "Muertes maternas en un área rural de México", en María del Carmen Elu y Luis Leñero (editores) *De carne y hueso. Estudios sociales sobre Género y Reproducción*, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México, pp. 223-243.
- Fachel, Ondina y Jandyra Fachel (1998) "Aborto: tensión y negociación entre lo femenino y lo masculino" en Susana Lerner (editora) *Varones, sexualidad y reproducción*, El Colegio de México / Sociedad Mexicana de Demografía, México, pp. 303-318.
- Fagundes, D. (1995) "Performances, reproducao e producao dos corpos masculinos", *Corpo e Significado* (O.F. LEAL, organizadora) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp. 193-205.
- Fawlkner, Helen y Nancy McMurray (2002) "Body Image in Men: Self-Reported Thoughts, Feelings, and Behaviors in Response to Media Images", *International Journal of Men's Health*, vol.1, núm.2, pp.137-162.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo (1996) "Un apunte sobre ética y derechos reproductivos", en *Salud Reproductiva: nuevos desafíos*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. Pp. 221-218.
- _____ (2001) "Varones, reproducción y derechos: ¿podemos combinar estos términos?", *Desacatos*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, n° 6, pp. 149-164.
- _____ y Verónica Sánchez (1999) "Algunas reflexiones sobre ética, derechos humanos y salud", publicado en Mario Bronfman y Roberto Castro (coordinadores) *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. Edamex e Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp. 81-95.
- Fuller, Norma (2001a) "The Social Construction of Gender Identity among Peruvian Men", *Men and Masculinities*, vol. 3, n° 3, pp. 316-331.
- _____ (2001b) *Masculinidades cambios y permanencias* Pontificia Universidad Católica de Perú Fondo Editorial, Perú
- García Romero, Horacio (Compilador) (1996) *El Derecho a la Protección de la Salud de todos los Mexicanos*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México.
- Garza, Ana y Graciela Freyermuth (2000) "Problemas de la antropología frente a la muerte. Cultura, género y muerte materna en los altos de Chiapas", en Claudio Stern y Carlos Echarri (editores) *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación*, El Colegio de México, México, pp. 363-392.
- Gastaldo, E. (1995) "A forja do homem de ferro: a corporalidade nos esportes de combate" *Corpo e Significado* (Ondina Fachel Leal, organizadora). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp. 207-225.

- Gracia, Diego (1990) "What constitutes a just health services System and how should scarce resources be allocated?" en Susan Scholle, Hernán Fuenzalida (Editores) *Bioethics. Issues and Perspectives*. Pan American Health Organization, Scientific Publication No. 527. Washington, D. C. Pp. 183-196.
- Grogan, Sarah & Helen Richards (2002) "Body Image: Focus Groups with Boys and Men", *Men and masculinities*, vol. 4, núm. 3, Sage Publications, Estados Unidos, pp. 219-232.
- Herrera, Pablo (1999) "La masculinización de los cuerpos", en Juan Guillermo Figueroa Perea (editor) *Salud Reproductiva y Sociedad* (número especial sobre varones y salud reproductiva). Boletín del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, Año III, N° 8, México, pp. 13-15.
- Huerta, Fernando (1999) "Deporte y masculinidad" en *El Juego del Hombre*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Plaza y Valdés Editores, México. pp. 133-266.
- _____ (2002) "La deportivización del cuerpo masculino", en *El Cotidiano*, Año 18, núm. 113 (número especial sobre masculinidad). Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 47-57.
- *International Journal of Men's Health*, vol. 3, núm. 3 (2004) (Special Issue: Men's sexual and reproductive Health: Lessons from the Field). Men's Studies Press.
- Jusidman, Clara (2001) "Cambios estructurales y políticas públicas. El caso de la política de empleo". En Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coordinadores) *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva*. El Colegio de México, pp. 49-67.
- Klein, Alan (1995) "Life's too Short to Die Small", en Donald Sabo & David Frederick Gordon (editores) *Men's health and illness. Gender, power and the body*. Sage Publications, California, Estados Unidos, pp. 105-120.
- Langer, Ana y Mariana Romero (1995) "Diagnóstico de la salud reproductiva en México", *Serie Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción*, n° 3, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- _____ (1998) "El embarazo, el parto y el puerperio. ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México?", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (editoras) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México* The Population Council / EDAMEX. México, pp. 13-37.
- Leal, Gustavo (1992) "Democratización inaplazable: la sucesión de las hegemonías médico-gremiales al trasluz del Programa Nacional de Salud 1990-1994", *Ciencia y Desarrollo*. Vol. XVIII. Núm. 103:33-46.
- Lomelí, Blanca, Jesús Madrigal y Ernesto Ramírez (2004), *¿Cómo se hace un hombre?: Salud y masculinidad. Manual para facilitadores y facilitadoras de programas*, Medicina Social Comunitaria, A.C., Tijuana, Baja California, México.
- López, Sandra y Beatriz Elena Vélez (2001) "La puesta en escena de la corporalidad femenina y masculina en la escuela urbana: linda como una muñeca y fuerte como un campeón" *La Ventana, Revista de Estudios de Género*, núm. 14, Universidad de Guadalajara, México, pp. 83-101.
- Madrazo, Jorge (1993) *Derechos Humanos: El nuevo enfoque mexicano*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Mansfield, Abigail, Michael Dais & James Mahalik (2003) "Why Won't He Go to the Doctor? The Psychology of Men's Help Seeking" *International Journal of Men's Health*, vol. 2, núm. 2, pp. 93-109.

- Mishkind, Marc, Judith Rodin, Lisa Silberstein & Ruth Striegel-Moore (1987) "The Embodiment of Masculinity", en Michael Kimmel (ed.) *Changing Men. New directions in research on men and masculinity*. Sage Publications, California, Estados Unidos, pp. 37-52.
- Montejo Sánchez, Luis Alberto (2005) "Cuerpo, género y masculinidad" capítulo II de *El tamaño no importa, es cuestión de cómo lo uses: cuerpo e identidades masculinas. Un estudio desde las prácticas sexuales de varones jóvenes de la ciudad de México*. Tesis de Maestría en Estudios de Género Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.
- Nesse, Randolph y Daniel Kruger (2002) "Men die young – even if old", *New Scientist*, julio.
- Olavaria, José (2005) *Hombres: identidad/es y violencia*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Chile, Santiago de Chile.
- Pérez Tamayo, Ruy (1991) "¿Investigación básica o investigación clínica?" *Ciencia y Desarrollo*. Vol. XVII (98): 121-127.
- Riquer, Florinda (1997) "Identidades femeninas". Seminario "Mujeres y Hombres hacia una Nueva Humanidad", Universidad Iberoamericana. México, D.F.
- Rodríguez, Gabriela y Benno de Keijzer (2002) "Cuerpos masculinos que resisten y mujeres de sombra pesada" *La noche se hizo para los hombres*. Population Council-Edamex, México, pp. 187-215.
- Sabo, Don et al. (2002) "Athletic Participation and the Health Risks of Adolescent Males: A National Survey" *International Journal of Men's Health*, vol. 2, núm. 2, pp. 173-194.
- Sayavedra, Gloria y María Eugenia Flores(1997) *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?* Red de Mujeres, A.C. México.
- Schifter, Jacobo (1998) *Amor de machos* (Lo que la abuela nunca nos contó sobre las cárceles). Editorial ILPES, San José Costa Rica.
- Stillion, Judith (1995) "Premature Death Among Males", en Donald Sabo & David Frederich Gordon (eds.) *Men's health and illness. Gender, power and the body*. Sage Publications, California, Estados Unidos, pp. 46-67.
- The Alan Guttmacher Institute (2003) *In their own right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*, The Alan Guttmacher Institute, EUA.
- Viveros, Mara (1998) "Quebradores y cumplidores: biografías diversas de la masculinidad" en Teresa Valdes y José Olavaria (editores) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Flacso, pp.36-55.
- White, Philip, Kevin Young & William McTeer (1995) "Sport, Masculinity, and the Injured Body", en Donald Sabo & David Frederich Gordon (eds.) *Men's health and illness. Gender, power and the body*. Sage Publications, California, Estados Unidos, pp. 158-182.
- Whitehead, Stephen M. (2002) "Materializing Male Bodies", en *Men and Masculinities* Polity Press, United Kingdom. pp. 181- 204.

ANEXO ESTADISTICO

Cuadro 1
Esperanza de vida al nacer en México por sexo de la persona
2000-2004

<i>Año de referencia</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total</i>
2000	76.5	71.6	74.0
2001	76.8	71.9	74.3
2002	77.1	72.1	74.6
2003	77.4	72.4	74.9
2004	77.6	72.7	75.2

Fuente: Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Situación de salud en México, Indicadores Básicos*, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. México, D.F.

Cuadro 2
Tasas de mortalidad por accidentes en México para hombres y mujeres (*)
2000-2004

<i>Año de referencia</i>	<i>Excluidos los de transporte</i>		<i>De transporte</i>	
	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
2000	9.2	30.4	5.9	22.8
2001	9.6	29.8	6.1	22.2
2002	9.3	28.7	6.3	22.7
2003	8.9	27.6	6.4	23.0
2004	8.8	26.3	6.4	23.4

(*) Tasas de mortalidad por cada 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Situación de salud en México, Indicadores Básicos*, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. México, D.F.

Cuadro 3
Tasas de mortalidad por suicidios y lesiones en México por sexo de la persona, (por cada 100 mil habitantes) 2000-2004

Año de referencia	Suicidios y lesiones autoinflingidas		Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
2000	1.1	5.8	2.5	18.7
2001	1.3	6.1	2.5	17.5
2002	1.3	6.2	2.4	17.0
2003	1.3	6.5	2.5	16.7
2004	1.3	6.5	2.3	15.5

Fuente: Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Situación de salud en México, Indicadores Básicos*, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. México, D.F.

Cuadro 4
Tasas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, en México por sexo de la persona (por cada 100 mil habitantes) 2000-2004

Año de referencia	Mujeres	Hombres	Total
2000	11.5	39.1	25.3
2001	11.8	38.8	25.3
2002	12.0	39.0	25.4
2003	12.1	39.5	25.8
2004	12.0	39.2	25.5

Fuente: Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Situación de salud en México, Indicadores Básicos*, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. México, D.F.

Cuadro 5
Número de defunciones por VIH-SIDA en México 2000-2004

Año de referencia	Mujeres	Hombres	Total
2000	640	3555	4195
2001	701	3615	4316
2002	714	3730	4444
2003	766	3837	4603
2004	816	3903	4719

Fuente: Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Situación de salud en México, Indicadores Básicos*, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. México, DF