
POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD PÚBLICA

Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP) São Paulo, Brasil

MASCULINIDAD Y GÉNERO*

Ellen Hardy¹ y Ana Luisa Jiménez²

RESUMEN: Sexo, género y masculinidad son conceptos que frecuentemente se consideran sinónimos. La masculinidad de un nuevo ser puede comenzar a construirse antes del embarazo y continúa después del nacimiento. Relaciones de género son los patrones de comportamiento en que el poder y la desigualdad favorecen al hombre y postergan a la mujer. La diferencia de poder entre género se observa, por ejemplo, en el deterioro de la salud física y mental de la mujer que resulta del trauma de la violencia doméstica. El precio de la masculinidad se refiere a la «necesidad» de someterse a situaciones violentas que puede resultar en muertes prematuras. Para llegar a la igualdad entre los géneros es necesario terminar con la separación entre los espacios masculinos y femeninos. Hace falta una mayor participación de la mujer en el espacio social y en una inserción más igualitaria del hombre en el espacio privado.

DeCS: MASCULINO; FEMENINO; RELACIONES INTERPERSONALES; IDENTIDAD SEXUAL; CALIDAD DE VIDA.

La palabra masculinidad sugiere la idea de hombre y el título de este trabajo podría sugerir que vamos a referirnos solamente a los hombres, haciendo una apología de ellos o al contrario, que el objetivo es desprestigiarlos. Sin embargo, el título no excluye la feminidad, inseparable y complementaria de la masculinidad. Ni todos

los hombres tienen las mismas actitudes y comportamientos definidos como masculinos, ni todas las mujeres carecen de este tipo de rasgos. Como veremos más adelante, la masculinidad parece tener una serie de ventajas, por las cuales los hombres aceptarían de buen grado cumplir los *roles* masculinos y las mujeres desearían adop-

* V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Isla de Margarita, Venezuela, 7 al 11 de junio de 1999.

¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Ciencias Médicas.

² Centro de Pesquisa de Dolencias Materno-Infantil de Campinas (Cemicamp).

tar por lo menos algunas de las características atribuidas a ellos.

Sin embargo, como la masculinidad, de la misma forma que la feminidad, son construcciones sociales, la adhesión de hombres y mujeres a una o a la otra dependerá de la educación que reciban en la infancia y de las influencias a que sean sometidos a lo largo de su vida. Pero nada impide que los hombres adopten algunas conductas consideradas femeninas y las mujeres conductas masculinas. Cuando esto ocurra tendrán que enfrentar conflictos de distinta gravedad, en la medida en que la sociedad en que viven acepte o rechace estos desafíos a la norma.

La aceptación o rechazo de la masculinidad, como norma que prevalece en una sociedad, tiene un impacto importante en la calidad de vida de los hombres y de las mujeres. Esto explica la necesidad de analizar cómo ella se construye y qué importancia tiene para la vida en sociedad, por ejemplo. Desde esta perspectiva, comenzamos abordando la construcción de la masculinidad, las relaciones de género y el precio de la masculinidad. Estos aspectos fueron enfocados desde una perspectiva holística, que incluyó presentar al varón como una construcción genérica, inserto en una sociedad y en constante interrelación con otras personas.

El último tema presentado es llamado “Camino hacia la democracia de las relaciones de género”. Consideramos que este es el punto crucial del trabajo, porque no solo lleva implícito propuestas de cambio que nos conduzcan a un relacionamiento menos desigual y con más equidad de oportunidades y de responsabilidades sino que también implica una redefinición de los *roles* que el hombre y la mujer han desempeñado durante demasiado tiempo.

Finalmente, se hace necesario recordar lo que dice *Mansfield* (1998): que la

cualidad llamada “masculinidad” puede ser elevada a la posición de virtud, en la medida que la hombría se humanice y permita en ella la participación de las mujeres. Actualmente, los varones enfrentan el dilema de cómo ser “hombres” y al mismo tiempo ser justos con las mujeres. El dilema de las mujeres es cómo hacer las cosas que los varones hacen y reafirmarse como mujeres.

Sexo, género y masculinidad

Se hace necesario definir sexo y género porque frecuentemente estos conceptos son considerados sinónimos. Sin embargo, se trata de categorías diferentes porque las características anatómicas determinan el sexo al cual pertenece el individuo, mientras que género es una construcción social que define lo que significa ser de un sexo o del otro en la sociedad (*Careaga*, 1996).

El diccionario define “sexo” como la conformación particular que distingue el macho de la hembra, en los animales y en los vegetales, atribuyéndoles un papel determinado en la procreación y otorgándoles ciertas características distintivas. El sexo es definido por las características biológicas de hombres y mujeres, tanto aquellas específicas de la anatomía y funcionamiento del aparato reproductivo femenino y masculino, como los caracteres sexuales secundarios determinados por la acción hormonal específica de cada sexo. Las personas nacen con un sexo biológico y este acaba determinando la forma como serán tratadas socialmente por los padres, la familia y por la comunidad a la que pertenecen, para llegar a ser hombres y mujeres con atributos aceptados socialmente. Este proceso varía de una sociedad a otra y también de acuerdo con el tiempo histórico en que estas personas están insertas.

Si por un lado, la biología determina las características funcionales de la reproducción de un macho y de una hembra, por otro, el ambiente y el contexto social determinan las expresiones de los comportamientos asociados a lo que se acostumbra llamar de masculinidad y de feminidad (Careaga, 1996).

Género puede ser definido como una categoría dinámica, construida socialmente, que tiene como base las diferencias sexuales biológicas. A partir de estas diferencias se determinan los papeles sociales de hombres y mujeres. El género es construido en un cuerpo que tiene un sexo definido y al que se le atribuyen características psicológicas, sociales y económicas, lo que resulta en acciones y comportamientos específicos, que casi siempre se traducen en relaciones de poder unilaterales: dominación masculina vs. sumisión femenina (Figueroa & Liendro, 1995; Scott, 1996; Szasz, 1999).

Si reconocemos que las características de género de hombres y mujeres son una construcción social y no diferencias “naturales” legitimizadas por la biología, podemos entender que género es una categoría dinámica que puede ser modificada. Esta noción de género permite colocar en jaque el discurso que afirma que las mujeres nacen con cualidades “femeninas” que determinan que tengan que desempeñar tareas domésticas y cuidar de los hijos, y que los hombres nacen con cualidades “masculinas” que presuponen habilidades para ejercer el poder en el ámbito público y doméstico.

Masculinidad, según el diccionario, es la cualidad de masculino, que incluye la virilidad y el ser varonil, enérgico, fuerte y macho. Se observa que la masculinidad se basa en valores físicos que posteriormente se transforman en valores morales. Además, la masculinidad se ha sexualizado y es tratada como sinónimo de virilidad (Barbosa,

1998). La sexualización de la palabra masculinidad y sus representaciones simbólicas están asociadas al falo y a los comportamientos resultantes del hecho de poseerlo y de dar pruebas de su funcionamiento (Parker, 1991). Para muchos hombres, la masculinidad está relacionada con la geometría del órgano sexual masculino. Este se usa como instrumento para medir la virilidad y representa la masculinidad (Barbosa, 1998).

Construcción de la masculinidad

La construcción de la masculinidad de un nuevo ser puede comenzar cuando la pareja planifica un embarazo o cuando la mujer descubre que está embarazada. Los futuros padres empiezan a imaginarse las características que tendrá el hijo, incluyendo su sexo. Según se imaginen un niño o una niña, los padres tendrán un comportamiento diferente que comenzaría antes del parto, incluyendo la preparación del ajuar. Después del nacimiento, el tratamiento diferencial continúa, con la participación de todas las personas que se relacionan con el niño(a).

A partir del nacimiento, el bebé de sexo masculino ya comienza a darse cuenta de lo que se espera de él por tener las características de sus órganos genitales. Sin embargo, no basta nacer con un pene para transformarse en hombre, hay un camino por recorrer hasta llegar a serlo. Los primeros años de vida son fundamentales y responsables por las características del hombre que va a surgir (Vieira, 1986).

La familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general le enseñan explícita e implícitamente la forma en que debe pensar, sentir y actuar como “hombre”. Por ejemplo, no puede llorar,

debe ser fuerte, no debe mostrar sus sentimientos, no puede tener miedo, y debe ser viril. Estas enseñanzas comienzan a afectar la forma cómo el niño se relaciona consigo mismo y con los demás.

Al nacer, el hijo es absolutamente dependiente de su madre, figura que ocupa el lugar preponderante de su vida, especialmente porque satisface sus necesidades físicas, ejerciendo funciones que permiten su supervivencia. Durante el primer año de vida existe un alejamiento entre el niño y la figura masculina, lo que puede afectar la personalidad de ese individuo (*Kaufman, 1994; Vieira, 1996*). Esta es una primera manifestación de la influencia de los papeles de género que atribuyen a la madre el cuidado del hijo y al padre el proveer económicamente a la familia, sin tener responsabilidades domésticas.

El fin de la relación de dependencia con la madre es un proceso que para la mayoría se da al final del período infantil. Junto con ocurrir esta ruptura, el niño va asumiendo actitudes que corresponden al *rol* masculino. La figura paterna tendrá una función libertadora, rompiendo el vínculo cerrado entre madre e hijo. En ausencia del padre otro hombre tomará su lugar (abuelo, tío, hermano mayor), y en algunos casos la propia madre pasa a desempeñar funciones y a adoptar actitudes que culturalmente se interpretan como masculinas. La figura paterna se presenta como un conductor que enseña orden, disciplina y responsabilidad (*Vieira, 1986*). En ese ambiente de patriarcado es que el niño crece y se desarrolla.

Además de la familia, la escuela (desde la sala cuna hasta la universidad) refuerza los papeles de género. No sólo los textos escolares reproducen la sociedad patriarcal, los profesores de ambos sexos aceptan y hasta exigen conductas diferentes de los niños y de las niñas, reforzando las

relaciones de poder favorables a los varones.

La mayor parte de las religiones también contribuye a reforzar el poder masculino, ya que la jerarquía de todas ellas está absolutamente dominada por hombres y las mujeres ocupan un lugar de total subordinación. A pesar de que ha habido algunos progresos en contadas religiones, otras resisten obstinadamente cualquier aproximación a la igualdad de géneros.

La masculinidad posee un elemento clave que es el poder; ser hombre significa tener y ejercer poder. El poder asociado a la masculinidad exige poseer algunas características, tales como ganar, ordenar, lograr objetivos y ser duro. Por otra parte, las características genéricas atribuidas al hombre, tales como objetividad y racionalidad, le otorgan un dominio sobre la mujer. Aplicado en un sentido amplio, poder también significa controlar sentimientos, emociones y necesidades afectivas, para evitar la pérdida de dominio y el control sobre los otros, y también por el temor de que le atribuyan características femeninas, que son absolutamente rechazadas (*Kaufman, 1994*).

De este forma, la masculinidad se ha transformado en alineación, ya que implica suprimir emociones, sentimientos y negar necesidades. El varón llega a temer que si experimenta y demuestra sentimientos de ternura y afecto puede transformarse nuevamente en un niño dependiente. Se siente obligado a creer que la mujer le pertenece y que las relaciones con ella deben ser más de poder que afectivas (*Vieira, 1986*). De esta forma, el varón se aísla no solo de la mujer, sino de otros hombres, por lo que raras veces desarrolla una verdadera intimidad con personas de su mismo sexo (*Kaufman, 1994*).

En la medida en que la sociedad caracteriza al varón como una persona dura, que

rechaza los afectos, principalmente con personas de su mismo sexo, es fácil entender que el adolescente que tiene y a quien le gustaría expresar sentimientos de ternura comience a tener dudas sobre su masculinidad. Se entiende que cuanto más exigentes son los atributos del macho en una sociedad, más difícil será identificarse como tal. La respuesta puede ser tanto una ruptura e identificación homosexual como una conducta exageradamente machista para ocultar y disimular las dudas sobre su propia masculinidad. Casi siempre habrá conflictos y tensiones frente a la bisexualidad, a la cual se renuncia inconscientemente optando por la heterosexualidad, sobre la cual se construye la masculinidad (Figueroa, 1998).

Superadas esas crisis de identidad, la cultura en que los hombres están inmersos le enseñaron que la norma supone la imposibilidad de dominar sus impulsos sexuales, sintiéndose, por lo tanto, obligados a no perder oportunidades y creer que siempre, o casi siempre, deben ser satisfechos sexualmente (Morris, 1999; Gogna, 1998; Villela, 1997). Las conquistas amorosas, la erección del pene, la penetración, y las proezas sexuales son símbolos de autoafirmación de la virilidad. De esta forma, la afirmación de su identidad masculina exige del varón comportamientos sexuales que se basan en correr riesgos y en una falta de cuidados de ellos mismos y de sus parejas. Esta total indiferencia en relación a actitudes preventivas, así como las relaciones sexuales irresponsables, son conductas que favorecen las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo no deseado (Bronfman & Minello, 1995; Paiva, 1996; Barbosa & Uziel, 1996).

En esta cultura patriarcal, la sexualidad erótica que está centrada en su propio placer, es una expresión más del poder del varón, en el cual la mujer es el objeto del

deseo sexual y la proveedora de ese placer. La masculinidad, dentro de esa construcción, se mide de acuerdo con la exclusividad y multiplicidad de sus parejas heterosexuales. La satisfacción está centrada en los genitales y en la penetración. Se caracteriza también por la homofobia y el rechazo a cualquier feminización de sus conductas (Figueroa, 1998; Kaufman, 1994; Parquer, 1991).

Otra función atribuida socialmente al hombre es el trabajo remunerado, lo que constituye el centro de su respetabilidad en la sociedad. El trabajo le permite obtener reconocimiento social y le otorga seguridad y autonomía (Valdés & Olavarría, 1998). Por eso mismo, la pérdida del empleo genera tensiones no solamente económicas, sino también afectivas y de identidad. El trabajo remunerado ha pasado a ser un papel tan arraigado al varón que la pérdida del empleo se traduce en una disminución de su masculinidad, tanto desde la percepción del propio varón como de su mujer y de sus hijos (Lew-Starowicz & Wieczorek, 1999). Se ha descrito que los hombres que quedan sin trabajo serían más violentos con las esposas e hijos, deprimidos y hasta más adictos al alcohol (Katzman, 1991).

Por otro lado, el hombre sin trabajo también tendría dificultad para asumir las tareas domésticas, pues encuentra que estas son propias de la mujer y, por lo tanto, despreciables. Esto se explica, por el hecho de que no recibió una educación en que esas tareas fueran parte de sus actividades (Careaga, 1996; Figueroa & Liendro, 1995).

La masculinidad construida a lo largo de la vida (poder y control sobre los demás, superioridad, sexo erótico inagotable, por ejemplo), varía de acuerdo con las características sociales, económicas y demográficas del varón, y del ambiente en que crece

y vive. Por otra parte, la masculinidad es considerada una cualidad que así como se obtiene, se puede perder, de acuerdo con las circunstancias y a la historia de cada individuo (*Figueroa & Liendro, 1995*).

Relaciones de género

De la misma forma como se construye la masculinidad, la feminidad también inicia su construcción desde antes del nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Los niños son estimulados a jugar en espacios abiertos, en la calle, a la pelota, con autos y a la guerra. Las niñas juegan con muñecas, imitan las tareas domésticas ejercidas por su madre y raras veces les es permitido jugar fuera de su casa. Desde pequeños, los varones comienzan a percibir su fuerza y las niñas su dependencia. Se le enseña a cada uno de ellos el lugar social que ocupan, en que el varón siempre tiene poder y ventajas. Es común que a las niñas se les mande a lavar los platos o a arreglar la cama (de ella y de su hermano) mientras que al niño no se le atribuyen tareas domésticas.

Culturalmente son definidos algunos patrones de comportamiento en donde el poder y la desigualdad son elementos que favorecen al hombre y donde la mujer debe postergarse a un segundo plano. La moral se mide con diferente vara si se es hombre o mujer: el hecho de tener deslices fuera del matrimonio en el hombre es permitido y considerado natural mientras que a la mujer se le exige castidad, fidelidad y guardar silencio frente a la infidelidad masculina (*Paiva, 1996; Gogna, 1998; Villela, 1997; Barbosa & Uziel, 1996*). En familias de bajo nivel económico la mujer tiene menos independencia y menor importancia social. Esta desigualdad crea mayor obligación de someterse, por tener menos opciones de vida.

En el ámbito público, una de las principales quejas de las mujeres con relación a la masculinidad, es que las excluye. Se trata de hacerlas creer que es mejor ser frágil, sumisa y poco inteligente, cuando en realidad los hombres piensan que es mejor ser fuerte, agresivo e inteligente. Otra queja es que se apropian de las cosas buenas de la vida... (*Freidan, 1963*). Por lo tanto, sería mejor ser hombre. En el ámbito doméstico, el poder no se ejercita solamente a través de la violencia, también puede ejercerse considerando la mujer y los hijos como una categoría de empleados, dependientes y sumisos, lo que resulta en una falta de autonomía y de autocuidado de ellos (*Szasz, 1999*).

La desigualdad de poder entre géneros trae también graves consecuencias para la salud de la mujer y, en menor grado, también para la del hombre. La manifestación más clara de la influencia de las diferencias de poder entre géneros sobre la salud de la mujer es el trauma que resulta de la violencia doméstica. Esta violencia, física, psicológica y sexual, es otra manifestación del poder de los hombres sobre mujeres y niños, tanto dentro como fuera del ambiente familiar (*Szasz, 1999*). Diversos estudios realizados en países desarrollados y subdesarrollados y en poblaciones de diferente nivel socioeconómico, muestran una alarmante prevalencia de violencia contra la mujer. *Albuquerque y otros (1998)*, estudió las causas de muerte de mujeres entre 10 y 49 años de edad. Encontró que las muertes por violencia fueron la primera causa entre las mujeres de hasta 29 años. Según el Movimiento Nacional de Derechos Humanos (MNDH, Brasil) compañeros o excompañeros fueron responsables del 72,3 % de los asesinatos de mujeres en Brasil, en 1996 (*CFEMEA, 1999*).

Además del trauma físico, que es la consecuencia más común, la violencia do-

méstica provoca una serie de otras consecuencias para la salud de la mujer, que van desde una mayor frecuencia del uso de cigarrillos y del alcohol, alteraciones psicológicas como depresión, hasta manifestaciones somáticas gastrointestinales y ginecológicas (*Dickinson* y otros, 1998).

Una forma de violencia con consecuencias particularmente graves es la violencia sexual, también de alta prevalencia y frecuentemente causada por personas próximas y conocidas de la víctima. De acuerdo con el Programa Nacional por Amostra de Domicilios (PNAD, Brasil) de 1988 las mujeres constituían el 63 % de las víctimas de agresiones físicas cometidas por parientes en el espacio doméstico. Otros autores (*Dearwater* y otros, 1998; *Dickinson* y otros, 1998) observaron que la violencia física y/o sexual perpetrada por el compañero o excompañero sexual, varió entre menos del 5 % y más del 40 % de las mujeres estudiadas. Los principales riesgos de la violencia sexual son las ETS, incluyendo el SIDA y el embarazo no deseado. Las primeras pueden llevar a secuelas como dolor pélvico crónico, embarazo ectópico y esterilidad; el SIDA mata, y el embarazo no deseado frecuentemente termina en aborto provocado.

Referente a este último, a pesar que en la mayoría de los países Latinoamericanos la ley no penaliza la interrupción de un embarazo que es resultado de una violación, con raras excepciones los hospitales ofrecen estos servicios y las mujeres se ven obligadas a recurrir a abortos clandestinos, con grave riesgo de complicación y de muerte. Basta recordar que alrededor del 15 % de todas las muertes maternas en América Latina son el resultado de este tipo de aborto (WHO, 1993).

Aún en casos en que no hay una violencia manifiesta, otra forma de dominación masculina es que al hombre le correspon-

den las decisiones acerca de la relación sexual (*Szasz*, 1999; *Villela*, 1997; *Goldstein*, 1996). En este caso, el poder masculino se manifiesta por la falta de control de la mujer sobre cuándo, con quién y en qué condiciones tiene relaciones sexuales, lo que se ilustra claramente en la dificultad o imposibilidad de negociar el uso de condón (*Villela*, 1997).

Otra forma en que el poder masculino influye en la salud de la mujer es a través de las relaciones intrafamiliares, porque muchas veces se da prioridad a la salud del hombre, sea esposo, abuelo o hijo varón, sobre la salud de las mujeres de la misma familia, independientemente de la real necesidad de cuidado (*Szasz*, 1999; *Careaga*, 1996). La diferencia de género se manifiesta con relación a la distribución de alimentos y de cuidados en el ámbito doméstico, que favorecen al hombre (*Zolla & Carrillo*, 1998; *Careaga*, 1996). El poder masculino también puede afectar la salud de la mujer a través de la falta de libertad para salir de su casa, aún para buscar cuidados médicos, ya sea para consulta o para tratamiento. Esa falta de libertad puede deberse a celos o a simple coerción y al exceso de trabajo (*Szasz*, 1999).

En los servicios de salud también es posible observar el poder ejercido por los hombres, porque en muchas ocasiones, el proveedor decide lo que es más apropiado para la mujer, sobre todo si ella es de bajo *status* socioeconómico. Le indica el método anticonceptivo que debe usar sin darle la oportunidad de elegir de forma libre e informada, lo que debería ser la norma. Este tipo de imposición es aun más grave en el caso de métodos irreversibles, como la esterilización femenina (*Hardy* y otros, 1996). Todo esto es resultado de la falta de autonomía de la mujer para decidir y de su desvalorización social en los servicios de salud (*Diniz & d'Oliveira*, 1998; *Faúndes*,

1996). Sin embargo, la relación de poder entre el proveedor de servicios y la cliente es menos jerárquico cuando el proveedor es mujer y el usuario hombre (*Castro & Bronfman, 1998*).

Otra manifestación de desigualdad en las relaciones de género se observa en el mercado de trabajo. Lo habitual es que se dé preferencia al hombre tanto en lo que se refiere al acceso a cargos como al nivel de responsabilidad y a los salarios que se le atribuyen. Diversos estudios muestran que los salarios pagados a mujeres son inferiores a los recibidos por hombres que ejercen las mismas funciones (*García, 1998; Lara, 1998; Ravelo, 1995; Stemberg & Wall, 1995*). Otra diferencia importante es que mientras la mujer que trabaja fuera de la casa, continúa ejerciendo por lo menos algunas de las tareas domésticas, lo que constituye la llamada doble jornada de trabajo. Por otro lado, el hombre que trabaja considera que esto lo libera de cualquier obligación doméstica (*Bronfman & Gómez, 1998; García, 1998; Langer & Lozano, 1998*).

El precio de la masculinidad

La identidad genérica masculina influye en la salud del individuo. De acuerdo con la cultura en que él está inserto, la masculinidad se asocia con correr riesgo, con someterse a situaciones peligrosas y violentas. La salud masculina es construida de acuerdo con el contexto social y a lo que significa en ella ser hombre. La morbimortalidad en el hombre es mayor que en la mujer, a causa principalmente del efecto de la violencia física y psicológica. Considerando que la masculinidad es aprendida en la niñez y está centrada en el modelo del héroe, es el padre o la figura paterna el que refuerza esa imagen de hombre, el que

le dice que “debe ser y debe comportarse como un hombre”. Por otro lado, el cuerpo masculino aparece como aquel que busca o se expone a riesgos y, por ende, desarrolla la violencia y el enfrentamiento como una forma de obtener respeto de la mujer y de otros hombres. El varón necesita que su vida sea ilustrada por hechos heroicos y, al mismo tiempo, tener historias para contar (*Fagundes, 1995; Gastaldo, 1995*).

Se observa que en esta sociedad los hombres mueren primero que las mujeres y que habitualmente las causas de muerte reflejan una exposición deliberada de enfrentar riesgos y peligros. Las diferencias se observan en el mayor número de muertes, entre los hombres, causadas por violencia y accidentes y también en la mayor morbimortalidad por alcoholismo o sus consecuencias (*Langer & Lozano, 1998; Bronfman & Gómez, 1998*). En el campo laboral, existe una división social del trabajo entre el hombre y la mujer en que generalmente el varón asume las actividades más peligrosas, violentas y que requieren de mayor capacidad física (*de Keijzer, 1995; Langer & Lozano, 1998*).

El hecho de correr riesgo, que se considera parte de la naturaleza masculina, se manifiesta inclusive en la salud reproductiva, porque habitualmente los varones no se protegen, ni tampoco protegen a sus parejas del riesgo de transmisión de enfermedades (*Guimarães, 1996; Villela, 1997; Gogna, 1998*). Una manifestación de esta conducta masculina es la sobremortalidad en hombres por HIV/SIDA en todo el mundo con la excepción de África al Sur del Sahara (ONUSIDA/OMS, 1999).

La necesidad de responder a una norma de masculinidad también afecta la solitud de la atención en los servicios de salud. Para el hombre es muy difícil ocupar el papel de paciente y, con frecuencia, niega la posibilidad de estar enfermo y acude a

un médico en último momento, ya que lo contrario será asumir un papel pasivo, dependiente y de fragilidad (Careaga, 1996). El modelo aceptado de masculinidad, hace también muy difícil que el varón acepte estar enfermo dentro de su familia y de su grupo social.

Figuroa (1998), refiere que en asuntos relacionados a la salud reproductiva, la discusión de la masculinidad se ha centrado en torno a la participación masculina en la anticoncepción, o en asumir el cuidado de los hijos. Pero no se ha discutido que existe en la sexualidad del varón un componente de autodestrucción, producto de las relaciones de poder que ellos mantienen. El análisis de género en salud reproductiva se ha limitado a resaltar la desigualdad y la discriminación que sufre la mujer por el hombre, así como la exclusión del varón de diferentes responsabilidades. Se ha olvidado de discutir acerca del sentimiento de aislamiento sufrido por el varón, por tener que estar constantemente demostrando y ejerciendo un papel que históricamente ha creado su identidad (*Figuroa & Liendro*, 1995).

De la misma manera, la necesidad de ser y parecer fuerte, viril se transforma en un obstáculo para que los hombres acepten la posibilidad de tener problemas de infertilidad, y difícilmente comparten con la mujer el proceso diagnóstico, en las parejas que no consiguen tener hijos. Esta actitud afecta ciertamente a la mujer, que se somete a exámenes que no serían necesarios, si desde el inicio un simple espermograma hubiera diagnosticado un factor masculino de esterilidad. Sin embargo, también afecta al hombre, porque retarda su diagnóstico y tratamiento que se hace más difícil si la enfermedad es evolutiva. Asimismo, el concepto de que la fertilidad es un componente importante de la virilidad, hace que el hombre estéril se sienta disminuido en su masculinidad, le cueste aceptar la si-

tuación, culpe a su mujer y tenga dificultades en encarar el problema, tanto frente a los servicios de salud como frente a la sociedad.

El camino hacia la democracia de las relaciones de género

En este momento se está hablando de una crisis de la masculinidad a causa de los cambios ocurridos en el campo cultural, económico y social; parte de estos cambios lo constituye la liberación y mayor integración de la mujer en el espacio público (*Figuroa & Liendro*, 1995). La lucha de las mujeres para hacer desaparecer el patriarcado ha conseguido disminuir la influencia de este en algunas estructuras políticas, sociales y económicas.

Actualmente, existe un gran número de hombres que aceptan y apoyan los movimientos feministas. Muchos, estando a favor o en contra, ya han percibido que el mundo está cambiando. Algunos de ellos continúan defendiendo el patriarcado, otros llenos de dudas y temores acompañan el camino, sin decidir qué actitud tomar y por último, existen aquellos que entienden que los estereotipos actuales deben desaparecer y defienden la igualdad de poder entre géneros (*Kaufman*, 1994).

La aparición del feminismo ha afectado el desequilibrio de poder que existía entre ambos géneros, con una tendencia a mayor equidad entre hombres y mujeres. Algunos hombres han comenzado a expresar socialmente el problema que significa la mantención de la opresión femenina. Esta tenue transformación muestra que el género es dinámico y requiere de reformulaciones y cambios periódicos dentro de las

relaciones entre hombres y mujeres (Kaufman, 1994).

En los últimos años, la mujer ha conseguido conquistar un mayor espacio social, incursionando en algunos ambientes que eran de exclusividad masculina. De esta forma, el espacio público está paulatinamente integrando a la mujer y pasando a ser responsabilidad de individuos de ambos sexos. Sin embargo, el espacio doméstico continúa siendo de responsabilidad femenina y el hombre es solamente un cooperador cuando quiere y puede (Careaga, 1996).

Algunas disciplinas, como la demografía y la medicina que tradicionalmente no le habían dado la debida importancia a los hombres en el proceso reproductivo, comenzaron a cambiar esta actitud. Las Encuestas sobre Demografía y Salud, antiguamente llamadas Encuestas de Fertilidad, comenzaron a incluir una muestra de hombres en los últimos años, después de décadas en que solo las mujeres eran entrevistadas. De la misma forma, no se involucraba al hombre en la atención al embarazo y al parto, considerándolo responsable solamente de provocar la gestación (Figueroa, 1998). Actualmente, se observa una tendencia cada vez mayor a estimular la participación del hombre en la atención prenatal, en la preparación para el parto y en su presencia durante el nacimiento. Asimismo, los investigadores de nuevos métodos anticonceptivos están mostrando una mayor preocupación por el desarrollo de métodos masculinos.

Según Figueroa (1998) la perspectiva de género permite repensar lo que verdaderamente significa ser mujer y ser hombre, como una posibilidad para resignificarnos como individuos. El análisis de género permite también redefinir las diferencias entre hombres y mujeres desde el punto de vista de las normas morales, y reconstruirlas con esta nueva perspectiva. Ese proceso no

debe quedar en el discurso, sino que traducirse en cambios conductuales en la vida social y familiar. En salud reproductiva, llevar a cabo este proceso es doloroso, porque significa para el hombre replantearse la propia identidad para poder asumir responsabilidades que no había aprendido a reconocer como propias. Se hace necesario favorecer la participación del hombre en forma efectiva, a través de estrategias que lo ayuden a reconocer sus necesidades, a hablar de sí mismo, a analizar las transgresiones de normas y formas de vida, así como a propiciar el autocuidado de su cuerpo, olvidando estereotipos que lo someten a riesgos innecesarios.

Según Figueroa & Liendro (1995) algunos cambios que se han producido en la masculinidad, más que resultados de transformaciones en las creencias y valores de los varones, están causados, principalmente, por presiones socioeconómicas que los obligan a aceptar el trabajo de la mujer, escapando de la norma. Esto resultaría en una cierta crisis vivida por los hombres al verse impedidos de ejercer ampliamente su dominio, como en el antiguo referencial de masculinidad.

Horowitz & Kaufman (1989) hablan de la teoría de la liberación masculina que trata de escaparse de los comportamientos típicos de la masculinidad, tales como la opresión, agresión y dominación de la mujer. Esta liberación se daría a través de la discusión e identificación de algunas áreas conflictivas relacionadas con el sexo, como bisexualidad, actividad y pasividad (Figueroa, 1998).

En el ámbito doméstico, las funciones que eran supremacía del varón (autoridad, proveedor y protector) se han desvalorizado, porque la mujer ha ido caminando progresivamente hacia la liberación y la igualdad. Estos cambios provocan conflictos emocionales en los varones, al sentir que

su papel está siendo cuestionado. Se vive una crisis de la masculinidad en el ámbito público por el surgimiento de la competencia femenina y en lo privado, porque paulatinamente se vislumbra la democratización de ese espacio (Careaga, 1996).

Comentarios

En el camino hacia la igualdad, es fundamental terminar con la separación de los dos espacios en masculinos y femeninos, y con los desequilibrios entre los géneros en la vida diaria. Se debe aprender a vivir sobre una base de igualdad y ese aprendizaje debe comenzar a partir del nacimiento. Se hace necesario un cuestionamiento profun-

do que lleve a una transformación del espacio social, al mismo tiempo que se discutan las condiciones que favorecerían una inserción más igualitaria del hombre en el espacio privado. Para que estos cambios ocurran, los hombres tienen que llegar a entender que las normas actuales que aparentemente les dan las ventajas del poder, al mismo tiempo los hacen prisioneros de estereotipos que los atan y ahogan en una camisa de fuerza artificialmente construida por la cultura patriarcal.

Lo que hemos discutido hasta aquí, no ha tenido la pretensión de decir la última palabra sino de contribuir constructivamente en los esfuerzos para alcanzar una sociedad en que el sexo biológico de la mitad de los seres humanos no sea más un motivo de discriminación.

SUMMARY: Sex, gender and masculinity are concepts that are frequently considered as synonyms. Masculinity of a new human being may be built even before pregnancy and continue to be built after birth. Gender relationships are the patterns of behaviour in which power and inequality favor man and leave woman out. The difference in power between gender is observed, for example, in the physical and mental deterioration of the woman resulting from domestic violence trauma. The price of masculinity is referred to the "need" of being subjected to violent situations that may result in premature death. To reach equality between gender, it is necessary to close the gap between male and female spaces. There is the need of a higher participation of woman in the social setting and a more equal involvement of man in the domestic setting.

Subject headings: MALE; FEMALE; INTERPERSONAL RELATIONS; GENDER IDENTITY; QUALITY OF LIFE.

Referencias bibliográficas

1. Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy E, Faúndes A. Causas e fatores associados a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad Saúde Pub* 1998;14(Suppl 1):41-8.
2. Barbosa MJ. Chorar, verbo intransitivo. *Cadernos PAGU* 1998;11:321-43.
3. Barbosa R, Uziel W. Gender and power: sexual negotiation in time of AIDS. Ponencia presentada en: International Conference on Reconceiving Sexuality: Internacional Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Rio de Janeiro (Brasil). 14-17 de Abril, 1996.
4. Bronfman M, Gómez D. La condición de la mujer y la salud infantil. In: Figueroa, JG (Coord.). La condición de la mujer en el espacio de la salud. México DF, El Colegio de México, 1998.
5. Bronfman M, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los

- Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. In: Bronfman, M (Ed). SIDA en México. Migración, adolescencia y género. México DF, Información Profesional Especializada, 1995.
6. Careaga GP. Las Relaciones entre los Géneros en la Salud Reproductiva. México DF. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1996.
 7. Castro R & Bronfman M. Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión. In: Figueroa, JG (Coord.). La condición de la mujer en el espacio de la salud. México DF, El Colegio de México, 1998.
 8. CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria). Os Direitos das Mulheres e o Legislativo no Brasil. Brasília DF, CFEMEA, Marco de 1999.
 9. Costa R. De clonagens e de paternidades: as encruzilhadas do genero. Cadernos PAGU, 1:157-99, 1998.
 10. De Oliveira F & Díaz M. Relações de gênero. In: Santa Rosa E, Seara G, Nemer L (Coord.). Afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar. Belo Horizonte, Gráfica e Editora Rona Ltda., 1998.
 11. Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, et al. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community Hospital Emergency Departments. JAMA, 280(5):433-8, 1998.
 12. Dickinson LM, deGruy FV, Dickinson WP, Candib LM. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. J Arch Family Medecine 8(1):35-43, 1999.
 13. Diniz SG & d'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. Int J Gynaecol Obstet 63(Suppl. 1):33-42, 1998.
 14. Fagundes D. Performances, reproducción e producción dos corpos masculinos. In: Fachel O. (Org.). Corpo y Significado. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.
 15. Faúndes A. Gênero, Poder e Direitos Sexuais Reproductivos. Femina, 24(7):661-70, 1996.
 16. Figueroa JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Cad Saúde Pub 14(Suppl 1):87-96, 1998.
 17. Figueroa JG & Liendro EZ. La presencia del varón en la salud reproductiva. In: Hardy E, Osis MJ, Crespo ER (Eds.). Ciências Sociais e Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-Americanas. Campinas, Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas, 1995.
 18. Friedan B. The Femenine Mystique. New York, Dell Publishing Co., Inc., 1963.
 19. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. Contraception 54:159-62, 1996.
 20. García B. Comentarios al Trabajo: Investigación sobre trabajo femenino y salud: Avances y propuestas. In: Figueroa JG (Coord.). La condición de la mujer en el espacio de la salud. México DF, El Colegio de México, 1998.
 21. Gastaldo E. A forja do homem de ferro: a corporalidade nos esportes de combate. In: Fachel O. (Org.). Corpo y Significado. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.
 22. Gogna M. Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Cad Saúde Pub 14(Suppl 1):81-5, 1998.
 23. Goldstein D. O lugar da mulher no discurso sobre AIDS no Brasil. In: Parker R, Galvão, J (Org.). Quebrando o silencio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará Editores, 1996.
 24. Guimarães K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J (Org.). Quebrando o silencio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará Editores, 1996.
 25. Horowitz G. & Kaufman M. Sexualidad masculina: hacia una teoría de liberación. In: Kaufman M (Ed.). Hombres: placer, poder y cambio. República Dominicana, Centro de Investigación para la Acción Femenina, 1989.
 26. Katzman R. Por qué los hombres son tan irresponsables?. Ponencia presentada en el taller de: Trabajo, Familia, Desarrollo y Dinámica de Población en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, CEPAL-CELADE, 1991.
 27. Kaufman M. Men, feminism and men's contradictory experiences of power. In: Broad H & Kaufman M (Eds.) Theorizing masculinities. Thousand Oaks, Sage, 1994.
 28. Langer A & Lozano R. Condición de la mujer y salud. In: Figueroa JG (Coord.). La condición de la mujer en el espacio de la salud, México DF, El Colegio de México, 1998.
- Recibido: 20 de marzo del 2001. Aprobado: Dra. *Ellen Hardy*. Universidad Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.