

# El papel de los servicios de salud reproductiva en la consolidación de las masculinidades hegemónicas <sup>1</sup>

Dr. Carlos Güida <sup>2</sup>

EL PAPEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA  
EN LA CONSOLIDACION DE LAS MASCULINIDADES HEGEMONICAS

Carlos Güida <cdguida@adinet.com.uy>

~~~~~  
Laura E. Asturias [Guatemala]

Editora, revista electrónica \*Tertulia\* leasturias@intelnet.net.gt

\*Tertulia\* <http://www.geocities.com/guatertulia>

\*Litertulia\* <http://www.geocities.com/litertulia>

~laCuerda~ [http://www.geocities.com/lacuerda\\_gt](http://www.geocities.com/lacuerda_gt)

~~~~~  
Previamente a realizar el abordaje específico de nuestra ponencia, deseo compartir unas breves reflexiones en torno a la temática que nos convoca.

En primer término, afirmar que el estudio de las masculinidades no puede desvincularse de la categoría de análisis **género**. En realidad, la problematización de las masculinidades ha sido -y continuará siendo- producto del trabajo acumulado desde y por los Estudios de Género, originados con anterioridad -en la mayoría de los casos- a los denominados *Men's Studies*.

Por otra parte, el estudio de las masculinidades ha contribuido a confirmar que la verdadera dimensión del género constituye una categoría de análisis relacional, de modo tal que la misma pueda contribuir a superar una visión del género asociada al estudio de la condición de la mujer.

En este sentido, creemos necesario superar una mirada meramente descriptiva de la vida de los varones y sus particularidades -lo que Connell ha denominado el "momento etnográfico" del estudio de las masculinidades<sup>3</sup>- , transitando hacia una visión problematizadora de las mismas.

Más allá de las nuevas y cambiantes modalidades en las actitudes y prácticas sexuales y reproductivas -la condena unánime a las manifestaciones grotescas del machismo, el ejercicio de una paternidad más comprometida en determinados sectores, el ensayo de nuevas modalidades de comunicación en la pareja, la validación del goce sexual de la mujer-, los varones continúan ejerciendo el dominio sobre las mujeres -de forma más o menos explícita- en prácticamente todos los planos y en los diversos ámbitos de la convivencia humana. Y esta dimensión política es la que no debería perderse a la hora de abordar el estudio de las masculinidades e intervenir socio-educativamente con varones.

El dominio, fundamentalmente en los estratos socioeconómicos medios y en los sectores con un mayor nivel de instrucción, se ha vuelto más sutil, poco aprehensible. Y esto es algo a tener presente, pues cada vez es más frecuente escuchar entre educadores/as y estudiantes universitarios -varones y mujeres- que las diferencias de género pertenecen al pasado. La sutileza del dominio quizás sea uno de los obstáculos más difícil de desmontar, al menos en nuestras sociedades.

Y este dominio sobre los cuerpos, sobre los procesos reproductivos, nos lleva a reflexionar sobre una máxima que acuñamos a principios de los 90, a los efectos de describir sucintamente el terreno en el que actualmente nos movemos: *los nuevos varones tendrán la capacidad de llorar y continuar dominando*. Rupturas y continuidades conviviendo en cada sujeto.

En todo caso, asistimos a lo que Gomensoro caracterizó como el **reciclaje masculino**: "los varones no renacen a una nueva condición existencial, como lo han hecho las mujeres; se limitan a reciclarse, que es la mejor manera de cambiar algo, para que todo quede prácticamente tal como está".<sup>4</sup>

### **La salud reproductiva, campo de análisis de las ausencias masculinas**

No es nada novedoso, para quienes trabajamos en el campo de la salud sexual y reproductiva, observar el papel que la cultura les asigna a los varones en los procesos reproductivos: la construcción social de las ausencias masculinas resulta evidente.

Los servicios de salud, y los de salud reproductiva en particular, son un lugar privilegiado para analizar las relaciones de género, específicamente en lo que refiere a la consolidación de masculinidades hegemónicas.

En las últimas décadas, el interés en investigar con mayor profundidad acerca de las resistencias de los varones a participar de los servicios de salud reproductiva, fundamentalmente en el campo de la anticoncepción, ha sido motivado por el fracaso tanto de algunos programas dirigidos a las mujeres, así como por las dificultades de implementar servicios dirigidos a varones.

Desde allí, y desde los documentos que emanan de diversas conferencias organizadas por las Naciones Unidas -CIPD, El Cairo, 1994; IV Conferencia de la Mujer Beijing, 1995-, los varones aparecen como un posible agente **potenciador** de la salud reproductiva de las mujeres, en la medida en que se puedan tornar **responsables** en el vasto campo de la salud sexual y reproductiva.

Margareth Arilha analiza precisamente el enfoque que implica este llamado a la responsabilidad masculina: "Según el texto de Cairo, en el campo de la reproducción ser joven y ser hombre prácticamente equivale a ser irresponsable, en una perspectiva casi esencialista; mientras que las mujeres, en el mismo texto, reciben una valoración positiva, consideradas como sobrecargadas de tareas en su vida reproductiva. De forma no explícita, el texto del Programa de Acción de Cairo utiliza el concepto de papeles sexuales, optando por la bipolarización entre los sexos, operando con una visión empobrecida de las masculinidades; utiliza, a lo sumo, las ideas concernientes a lo que podría considerarse la masculinidad hegemónica y una visión cristalizada sobre la juventud. Eso crea un terreno resbaladizo: en vez de promover cambios, contribuye a sedimentar el estereotipo de que los hombres y los jóvenes de ambos sexos son irresponsables, debiendo ser capturados por políticas especiales y educados para que se tornen responsables".<sup>5</sup>

Creemos necesario problematizar el llamado a la **responsabilidad masculina**, el cual se viene planteando como si dependiese de un simple cambio volitivo. El nuevo "deber ser" de los varones implicaría, más que un mero cambio actitudinal, una compleja deconstrucción de los modelos educativos y socializantes que genera formas de sentir, pensar, interpretar, amar, enfermar y morir en los varones.

El llamado a la responsabilidad masculina cae en saco roto ante las prácticas consolidantes de las masculinidades y feminidades hegemónicas, que parten desde los servicios de salud, del sistema educativo, de prácticamente todas las instituciones. J. G. Figueroa Perea y Lorena Rojas<sup>6</sup> nos aportan:

"El conocimiento y la práctica médica le han dado poca presencia al varón en el ámbito de la reproducción, en buena medida porque su lectura privilegia el tratamiento de la enfermedad más que la salud, en este caso la relacionada con la reproducción. Por lo mismo, han concentrado su interpretación y sus intervenciones en los factores de riesgo para incrementar la sobrevivencia infantil, así como para disminuir la morbilidad y la mortalidad de la madre; por ende, los fenómenos de interés son los que se vinculan con el binomio que se asume que interactúa fisiológica y socialmente durante el proceso del embarazo y del parto, es decir, la madre y el hijo. Se puede hipotetizar que un panorama muy distinto se derivaría de interpretar la función de la medicina como promotora de la salud de las personas ya que otros condicionantes y actores sociales deberían incursionar en el espacio de la reproducción: uno de ellos pareciera serlo el caso de los varones".

A modo de ejemplo, podemos ver el significado que adquiere el Hospital de la Mujer, en cuanto espacio donde se abordan exclusivamente los procesos que hacen al sistema reproductor; el lugar de la mujer es definido en cuanto madre, pues los restantes problemas de salud de las mujeres (no ginecotológicos) son tratados en los diferentes hospitales.

Recordamos una anécdota que relata Michael Kimmel<sup>7</sup> cuando participó en un seminario sobre feminismo: "...en una de las reuniones, dos mujeres, una blanca y una negra, discutían si todas las mujeres eran 'hermanas' por definición, ya que todas tenían básicamente las mismas experiencias y, además, porque todas las mujeres eran sometidas al mismo poder por parte de los hombres. La mujer blanca afirmó que el hecho de que las dos fueran mujeres constituía un vínculo, a pesar de las diferencias raciales. La mujer negra estaba en desacuerdo. 'Cuando despiertas en la mañana y te miras al espejo, ¿qué ves?' le preguntó. 'Veo una mujer', respondió la mujer blanca. 'Ése es precisamente el problema', le contestó la mujer negra. 'Yo veo una mujer negra. Para mí la raza es una cuestión que veo a diario, porque la raza es lo que determina que yo carezca de privilegios en nuestra cultura. La raza es invisible para ti porque representa el privilegio del que tú gozas. Ése es el motivo por el cual siempre existirán diferencias en nuestras experiencias". Kimmel reflexiona, en la frase siguiente, que ese día se convirtió realmente en un hombre blanco de clase media.

Nominar al Hospital de la Mujer es identificar mujer con madre. En cierta medida se da este doble movimiento: un espacio propio, un reconocimiento, una asignación, ser nominada. Consolidante de lo que es misión y destino: particularidad, cuerpo para ser dominado, al servicio de la reproducción y el maternaje.

### **La construcción de un "no lugar": la ausencia del varón "usuario" en los servicios de salud**

En una breve recorrida por los servicios de atención en salud reproductiva, podremos observar el papel que juegan en la exclusión sistemática de los varones.

En el área de la anticoncepción, la enorme mayoría de las consultas es efectuada por mujeres. En el mejor de los casos, el número de consultas de varones en orientación y asistencia anticonceptiva es menor al uno por ciento del total de consultas efectuadas.<sup>8</sup>

En cierta medida, la ausencia de espacios específicos para la consulta de los varones en anticoncepción constituye un claro mensaje: el cuidado en torno a la regulación de la fecundidad es un tema de mujeres.

Ello se ensambla con la escasa oferta de métodos confiables para varones: los preservativos y la vasectomía. La accesibilidad a la vasectomía es prácticamente nula para los varones de sectores populares, mucho más que lo que implica la ligadura tubaria en las mujeres. A pesar de su escaso riesgo y costo, la posibilidad de acceder a la vasectomía ni siquiera se encuentra problematizada entre los responsables de programas y servicios.

Pensar en la posibilidad de consulta masculina en el campo de la salud reproductiva implicaría un verdadero desafío a la hora de diseñar e implementar dichos espacios; desafío que requeriría mucho más un cambio actitudinal y de capacitación en los equipos de salud, más que económico-tecnológico.

Los varones se cuestionan cuál es su lugar, ante el planteo de concurrir al Centro de Salud Materno-Infantil. Espacio destinado a mujeres, a mujeres en condición de ejercicio de su maternidad. Sala de espera, acondicionamiento, capacidad técnica de los equipos, sistemas de registro: todo atenta contra la posibilidad de un espacio acogedor, habilitante de la consulta masculina.

En la consulta obstétrica, en los servicios del subsector privado, los varones de sectores medios y altos acompañan a sus parejas al control de embarazo y esto se va transformando paulatinamente en un fenómeno frecuente. Hemos observado clínicas ginecotológicas privadas donde la excepción en la sala de espera la constituye aquella mujer sin compañía masculina.

En cambio, en el subsector público, sólo unos pocos varones llegan junto a las embarazadas, y difícilmente traspasen la puerta del consultorio. En los testimonios de mujeres que habitan en asentamientos precarios de la periferia montevideana se refleja dicha realidad:

"Nosotras los entusiasmos para que nos acompañen, en un momento comienzan a interesarse. Pero, en la policlínica se quedan afuera, sentados, esperando que salgamos de la consulta. El ginecólogo no los invita a pasar, nosotras no nos animamos a preguntarle si lo deja".

En el Diagnóstico de los Servicios de Salud Reproductiva<sup>9</sup> exploramos algunos de estos aspectos. En el personal de salud femenino (excluyendo ginecólogas) que se desempeña en los Centros de Salud de Montevideo, la mayoría relata que los varones no acompañan a sus parejas a la consulta gineco-obstétrica por varios factores. En primer término, debido a la "falta de interés" de sus compañeros, luego, por la "falta de tiempo" y, por último, la "falta de estímulo del servicio para incorporarlos".

Si bien no es una reflexión compartida por la mayoría de las profesionales, algunas integrantes de los equipos pueden reconocer el papel activo de los servicios en la exclusión masculina.

Por otra parte el rol del varón-pareja de la usuaria ante la responsabilidad procreativa es definido por las profesionales encuestadas como un ausente permanente en el hogar (hogares monoparentales) y desinteresado por regular la fecundidad junto a su compañera.

Para los sectores medios y altos aparece cada vez más explícita y evidente la reivindicación por la participación paterna en el parto. Desde hace algunos años asistimos a la difusión desde las revistas argentinas de actualidad a un rol protagónico, en lo declarativo: "quiero cortar el cordón umbilical de mi hijo", "cambiaré sus pañales" y frases por el estilo de actores varones. En los hechos, en nuestro medio la tendencia a participar del parto va en aumento en el subsector privado, a pesar de oscilaciones periódicas y de decisiones imprevistas y arbitrarias que por un lapso pueden dejar a los varones en la sala de espera.

Desde los sectores populares hemos percibido la motivación de algunas mujeres de encontrarse acompañadas por sus parejas durante el trabajo de parto así como del parto propiamente dicho. Las ilusiones se truncan rápidamente por las directivas institucionales, fundamentalmente en el subsector público.

Las excusas presentes en los equipos de dirección y en los profesionales que asisten el parto oscilan desde la incapacidad de contar con equipos en número suficiente para participar en sala de partos, hasta la indiscreción de los varones de observar a otras mujeres "expuestas" en la sala de parto.

A partir de algunas entrevistas que hemos realizado a profesionales de los servicios de maternidad del sector público, las trabas se encuentran en el orden de lo "ideológico" y en el "ejercicio del poder" por parte de los equipos de salud, sobre los sectores más vulnerables económicamente.

Es interesante poder observar aquí cómo opera la prohibición de la participación masculina, sin estar documentada, sin ser norma. Por el contrario, en una consulta a un técnico de la dirección de un servicio obstétrico, se nos informa que "de ninguna manera está prohibida la entrada de los varones a la sala de partos; éste es un Hospital Amigo del Niño". Al confrontar al administrador con la realidad (prácticamente ningún padre es autorizado a ingresar a sala), se nos alega desde las dificultades vinculadas a la escasez de equipos.

Si bien algunas iniciativas han surgido al respecto de que la mujer se encuentre acompañada durante el trabajo de parto (informe CLAP/OPS, anteproyecto en la Cámara de Diputados<sup>10</sup>), como derecho y como claro beneficio tanto para la madre como para el bebé, el varón aún no aparece como un posible actor en esta escena. Un derecho reproductivo de los varones, desde una mirada de género, que no puede visualizarse y que consolida, desde esta exclusión, el lugar de cada quien en los procesos reproductivos.

Las resistencias por parte de profesionales (ginecólogos, nurses, enfermeras), mujeres y varones, parecen tener aún un peso preponderante, justamente autorizando o no en el momento muy próximo al parto.

Son pocos los varones que llevan a consulta a sus hijos e hijas a los servicios de salud. Cuando lo hacen, la mirada complaciente hacia "el buen padre, pobre padre..." resulta acompañada muchas veces, desde los equipos, mujeres y varones, por la sospecha y condena previa de la figura central: *¿dónde está la madre de este niño?*

Los varones, en todo caso, pueden acompañar a la madre con su bebé, hasta allí su presencia. En cierta medida, desde allí está definida la articulación entre su masculinidad y el ejercicio de la paternidad.

### **Atención primaria de la salud: género y disciplinamientos**

Sumergidos en francas contradicciones entre discursos y prácticas, el paradigma del cambio en salud continúa centrado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Si bien la Conferencia de Alma Ata constituyó un hito, en lo que refiere a la incorporación de nuevas dimensiones para lograr niveles crecientes de salud en la población, y a partir de la misma se han producido cambios sustanciales en muchos aspectos de la realidad sanitaria, en numerosos servicios se ha incorporado parcialmente algunas de las recomendaciones que conducirían hacia la "Salud para Todos en el año 2000". En balances posteriores se ha llegado a la conclusión de que estamos actualmente más lejos de lo que promulga la consigna que en 1978. A ello debemos sumarle que los aspectos relacionados con la participación comunitaria han sido distorsionados en sus conceptos originales. Sin pretender ahondar en aspectos específicos de la APS, queremos destacar que, en los servicios del primer y segundo nivel de atención, los más propicios para la interacción y la participación de las comunidades con los servicios son, paradójicamente, espacios donde la cultura médica es la que domina. El saber técnico sobre el saber popular.

La medicalización de la vida conlleva una visión sobre las relaciones de género. Y en los sectores populares, los servicios de salud tienden a consolidar las inequidades de clase y de género, más allá de los esfuerzos por alcanzar la salud reproductiva, la salud materno-infantil, etc.

Este complejo entramado de símbolos, de significados y significantes pondrá "las cosas en su lugar". Las buenas y las malas madres, los tiempos en las salas de espera, el cuerpo de las mujeres de los sectores populares como lugar de aprendizaje para estudiantes.

Hemos observado cómo en las declaraciones de Conferencias Internacionales sobre Salud (Alma Ata, 1978; Ottawa, 1986; Riga 1988, entre otras) no existe una mirada integradora de la perspectiva de género. A lo sumo, instrumentalización de las mujeres, una suerte de ampliación de su maternaje hacia la comunidad.

La observación de cientos de escenas en múltiples escenarios en torno a los servicios de salud reproductiva y materno-infantil del subsector público<sup>11</sup> nos permiten realizar algunas consideraciones en lo que concierne a las prácticas de género y la consolidación de masculinidades hegemónicas y subordinadas.

Tal como lo plantea Connell,<sup>12</sup> una misma institución puede contribuir a la consolidación de diversas masculinidades. Las instituciones modelan las masculinidades. Le devuelven al varón lo que está validado y permitido desde un lugar con alto significado en lo social: la salud.

Lo que hace a la cercanía o la distancia para participar en el nacer de su hijo/a, al (des)preocuparse de la capacidad de procrear, de participar del crecimiento del hijo/a en el cuerpo de su pareja, será dicho a través de las prácticas institucionales excluyentes de los varones.

### **La hegemonía del ginecólogo: poder masculino, poder médico**

La figura del ginecólogo se constituye en el paradigma de la masculinidad hegemónica, doblemente investido desde su papel de médico y varón, con todos los significados que ello implica ante sus pares, el personal de salud subordinado, las pacientes y los compañeros de las pacientes.

En conversaciones con varias ginecólogas que ejercen su profesión en departamentos del Interior (1996-99), concluimos que no es lo mismo ser varón ginecólogo que mujer "ginecólogo". Los varones, en algunos lugares específicos adjudican a sus compañeras un lugar secundario en el mercado laboral, actuando, tal como lo define Vicent Marques,<sup>13</sup> como "colectivo masculino": "Acá estás para sostener hilos", refiriéndose a la tarea de ayudar y no de protagonizar la cirugía ginecológica. "Somos una suerte de partera de lujo".

Por otra parte, las ginecólogas afirman que sus pacientes las llaman por su nombre de pila, mientras que a sus colegas los denominan por su apellido, anteponiendo el "doctor".

La otra figura masculina es justamente el varón de los sectores populares, pareja de la mujer consultante en algún aspecto de la salud reproductiva (anticoncepción, control del embarazo, parto, puerperio). Con una incidencia hegemónica en los procesos reproductivos de las mujeres, estos varones inciden pero sin aparecer en escena, es decir en los servicios.

Ginecólogos y varones de sectores populares prácticamente no se conocen durante el proceso reproductivo. Masculinidades creadas y reforzadas desde diversos lugares. Por un lado, la masculinidad hegemónica del ginecólogo: el lugar del saber técnico, del poder de curar, de manipular el cuerpo de la mujer. Por otro, la masculinidad del varón obrero o desocupado, que recrea los mecanismos de dominación en el hogar.

"Le conseguimos hora con una ginecóloga, para que se coloque el DIU sin que se entere el marido, porque la mata. Le prohibió cuidarse", afirmaba una promotora de salud de una zona de extrema pobreza.

Ambos ejercen, desde sus respectivos espacios, el control sobre los procesos reproductivos en las mujeres. El disciplinamiento de las prácticas reproductivas y en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres tendrá entonces dos protagonistas en su dominio: uno visible en lo público, el otro en lo privado.

Los profesionales de la salud definirán la ausencia paterna debido a la esencia de la masculinidad, subsanable al apelar al mensaje normativo, haciendo un llamado a la **responsabilidad**.

Es necesario poder analizar los discursos de los profesionales de la salud acerca de la maternidad y la paternidad de los sectores populares.

Asimismo, poco se ha profundizado en lo referente a las relaciones entre mujeres como consolidantes de la tarea materna (y paterna) desde los servicios de salud. El clásico llamado de pediatras, ginecólogas, nutricionistas, enfermeras: "pase, madre", aparece como una forma de ubicarse cada una en su rol, creando la distancia que impedirá un acercamiento a las necesidades y posibilidades de unas y otras.

El Modelo Médico Dominante, tan bien descrito por Menéndez,<sup>14</sup> opera como "anillo al dedo" para consolidar las relaciones de poder y de obediencia en los sectores populares: son "las malas madres" "la adolescente embarazada", las que serán retadas a la vez que continentadas por los servicios de salud públicos. Esperar varias horas para ser atendidas en un servicio de salud público, hace tanto a la ineficiencia como a una clara demostración de quién puede esperar: la mujer de los sectores populares. Consultados algunos varones acerca de su escasa concurrencia a los servicios, relatan que no pueden "perder tiempo". El tiempo disponible es de la mujer, de los sectores populares: mujer-paciente, mujer-paciencia.

### **Algunas propuestas en contextos resistentes**

Generar cambios para la incorporación plena de los varones en cuanto sujetos en los procesos reproductivos, superando la lógica del espectador o el acompañante, implica un largo camino, en diversas dimensiones del pensar y del hacer.

Desde el sector salud, el abordaje debería producirse desde varios planos:

**1. En la generación de instrumentos de investigación (indicadores, etc.) que permitan dar cuenta del género como una categoría relacional, superando la brecha entre los marcos teóricos problematizadores y el enfoque metodológico de investigaciones y relevamientos centrados exclusivamente en la condición de la mujer.**

En lo que refiere a la ausencia de los varones invisibilizada en investigaciones que pretendidamente trabajan con indicadores de género, en una revisión de algunos de los documentos utilizados a nivel latinoamericano y nacional para evaluar programas y servicios de salud reproductiva, nos encontramos nuevamente con el mismo muro: los indicadores creados con perspectiva de género se limitan a colocar al varón en cuanto acompañante de la mujer, colaborador en el mejor de los casos. En muchos de dichos estudios se limita el enfoque de género a la condición de la mujer. Esto encierra errores conceptuales y metodológicos en lo que concierne a la categoría mencionada.

Desde un lugar privilegiado para visibilizar avances, se consolida nuevamente la ausencia masculina en los procesos reproductivos.

**2. En la problematización de los paradigmas de atención en salud que excluyen el enfoque de género.**

La formación de los profesionales de la salud, fundamentalmente los médicos, en su capacitación de grado y posgrado, aún continúa centrada en replicar los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, y en sostener prácticas profesionales diferenciadas con los sectores populares, que es casi exclusivamente con quienes se "aprende".

**3. En la formación y problematización de las tareas que desempeñan los equipos de salud en lo que concierne a la maternidad y paternidad, así como en el necesario abordaje de la sexualidad en los servicios de salud.**

Para quienes ya están formados y ejercen cotidianamente su rol en los servicios, sería imprescindible contar con espacios de formación y problematización, en los cuales se pudieran revisar las prácticas cotidianas que consolidan a varones y mujeres en sus prácticas reproductivas.

**4. En generar nuevos enfoques de atención, integradores e incluyentes de los varones y su salud sexual y reproductiva.**

Quizás esto sea producto de un trabajo paralelo al abordaje de los puntos anteriores y, sin dudas, uno de los mayores desafíos. Introducir cambios en las prácticas reproductivas masculinas constituye, en definitiva, poner en cuestión diversas inequidades. Inequidades que consolidan diferencias socioeconómicas y de género, invisibles tanto para quienes ejercen su profesión en el área de la salud como para quienes concurren a la consulta.

## **Referencias bibliográficas**

- Arilha, Margareth. Masculinidades e género: discursos sobre responsabilidade na reprodução. Disertación de Maestría en Psicología Social, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo. 1999.
- Bilac, Doria; Baltar da Rocha, M<sup>a</sup> Isabel. Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas. PROLAP, ABEP E NEPO/UNICAMP - EDITORA 34. 1998.
- Bonino, María y coautores. Creencias, prácticas y opiniones de mujeres en edad fértil en relación al uso de los servicios de salud materno-infantil. Informe final. Montevideo, 1995.
- Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud, Ottawa, 1986.
- Δε Βαρβιερι, Τερεσιτα. ∇Χερτεζασ ψ μαλος εντενδιδος σοβρε λα χατεγορ'α δε γ'ν ερο∇, εν: Εστυδιος Β'σιχος σοβρε Δερεχηος Ηυμανος Ις, Ινστιτυτο Ιντεραμερικαν ο δε Δερεχηος Ηυμανος, Σεριε Εστυδιος δε Δερεχηος Ηυμανος, Σαν Θοσ', 1995, π π. 47 – 84.
- Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 1978.
- Declaración de Riga. Conferencia Internacional de APS. Riga, URSS, 1988.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo y Rojas, Lorena. Algunas características del entorno reproductivo de los varones. 1996.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Un compromiso para el futuro. Resumen de los Informes Nacionales de los países de América Latina. Ed. FNUAP. 1999.
- García Núñez, José. Guía para la evaluación de programas y proyectos en Salud Reproductiva. Serie de documentos técnicos N° 4 Equipo de Apoyo Técnico del FNUAP. 1996.
- Gomensoro, A; Güida, C; Lutz, E; Corsino, D. La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje? Editorial Fin de Siglo. Montevideo, 1995.
- Gómez Zamudio, Mauricio. Teoría y práctica para la promoción de la salud. Unidad de Salud Internacional de la Universidad de Montreal y el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Nicaragua. Ed del autor. 1998.
- Güida Carlos. Diagnóstico de los servicios de salud reproductiva en Uruguay. MSP-FNUAP. 1997.
- Laurenti, Ruy e investigadores asociados. Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de género. Centro colaborador da OMS para a Clasificação de Doenças em Português. Faculdades de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 1998.
- Los varones y el SIDA: Un enfoque basado en consideraciones de género. Documento disponible en página WEB de OPS. OPS/OMS. 2000.
- Matamala y col. Calidad de atención, género. ¿Salud reproductiva de las mujeres? Chile, 1996.



· Nancy Yinger y Elaine Murphy. Indicadores ilustrativos para la programación en los hombres y salud reproductiva. 1999.

•

Ρεθυμεν φιναλ δελ Σιμποσιο Παρτιχιπαχι Γν Μασχυλινα εν λα Σαλυδ Σεξυαλ ψ Ρε προδυχιτιπα: Νυεποσ Παραδιγμασ. Οαξαχα, ΜΓξιχο, 1998.

•

Ρελατοριο φιναλ δε λασ Χονφερενγια δε Ποβλαχι Γν ψ Δεσαρρολλο. Ελ Χαιρο, 1994.

· Relatorio final de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer. Beijing, 1995.

•  
ζαλδσ, Τερεσα; Ολαπαρρα, θοσ. Μασχυλινιδαδεσ ψ Εθυιδαδ δε Γνερο εν Αμρ ιχα Λατινα. ΦΛΑΧΣΟ-ΦΝΥΑΠ, Χηιλε, 1998.

• Vallejos Rojas, Hermes. Las formas de la Reforma o cómo deforman las Reformas. Revista de Atención Primaria en Salud. MSP. Uruguay, 1998.

· Villela, Wilza. Práticas de saúde, genero e prevenção de HIV/AIDS em II Seminario Saúde reproductiva em tempos de AIDS. Programa de Estudos e Pesquisa em Genero, Sexualidade e Saúde- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Río de Janeiro. 1997.

•  
Ζυβαρεω, Ταμαρα ψ οτροσ. Επαλυαχι Γν δε σερπιχιος δε ατενχι Γν αμβυλατορια δε αδολεσχεντεσ. Εστιμαχι Γν δε χομπλεφιδαδ, χονδιχιονεσ δε εφιχιενγια. ΟΠΣ/ΟΜΣ. 1996.

## Notas

1. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Interdisciplinarias sobre Masculinidad, organizadas por AUDEPP. Panel: Varones: ¿Nacen o se hacen? Montevideo, agosto del 2000.
2. Médico. Consultor en Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Coordinador de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la UDELAR. Correo-e: [cdguida\(AT\)adinet.com.uy](mailto:cdguida(AT)adinet.com.uy)
3. Connell, Robert. El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En Masculinidades y equidad de género en América Latina. Teresa Valdés y José Olavarría, editores. FLACSO. Chile, 1998.
4. Gomensoro, A; Güida, C; Corsino, D, Lutz, E. La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje? Editorial Fin de Siglo, 1995.
5. Arilha, Margareth. Masculinidades e Genero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. Disertación de Maestría en Psicología Social. PUCSP. 1999.
6. En Algunas características del entorno reproductivo de los varones. Sin referencia bibliográfica.

7. En El Desarrollo (de género) del subdesarrollo (de género). La producción simultánea de masculinidades hegemónicas y dependientes en Europa y Estados Unidos. En Masculinidades y equidad de género en América Latina. Teresa Valdés y José Olavarría, editores. Chile, 1999.
8. Información del Programa de Salud Reproductiva Maternidad Paternidad Elegida del Ministerio de Salud Pública, sobre 30.000 consultas efectuadas. Julio del 2000.
9. Güida, Carlos. Diagnóstico de los servicios de salud reproductiva. Documento Programa Maternidad Paternidad Elegida (MSP-FNUAP). Uruguay, 1997.
10. Proyecto de Ley presentado por la senadora Mónica Xavier, en la actual legislatura.
11. En el marco de nuestra consultoría en el Programa de Salud Reproductiva Maternidad Paternidad Elegida. MSP-FNUAP.
12. Connell, Robert. El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En Masculinidades y equidad de género en América Latina. Teresa Valdés y José Olavarría, editores. FLACSO. Chile. 1998.
13. Marques, V; Osborne, R. En Sexualidad y Sexismo. Ed. Universidad Empresa. Barcelona, 1986.
14. Menéndez, Eduardo. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. Desarrollo Económico No. 96. 1985.