

SALUD DE LOS HOMBRES URUGUAYOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

INFORME DE INVESTIGACIÓN
(Consultora aire.uy)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
PROGRAMA NACIONAL SALUD DE LA
MUJER Y GÉNERO

Uruguay - 2009



AUTORIDADES

Ministra de Salud Pública
María Julia Muñoz

Subsecretario
Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud
Jorge Basso Garrido

Subdirector General de la Salud
Gilberto Ríos Ferreira

Directora Programa Nacional Salud de la Mujer y Género
Cristina Grela

Coordinador del Área Condición del Varón y Salud de las Mujeres
Carlos Güida Leskevicius

PRÓLOGO

La salud de los varones uruguayos:

Malestares y vicisitudes desde un análisis de género

Uruguay, agosto 2009

Esta tarea de investigación fue uno de los objetivos que el Programa Nacional Salud de la Mujer y Género tuvo durante este período.

Si bien, el propio Programa centra sus objetivos en llegar a la equidad en salud para las mujeres de manera de garantizar la vigencia plena de sus derechos, la incorporación de la mirada de género, incluye a cada persona, por ello a los varones y a la diversidad.

Estos datos resultantes del trabajo de investigación, pasan a ser imprescindibles a fin de comprender las diferentes situaciones que se dan dentro de un sistema social, histórico y cultural a la hora de proponernos abarcar integralmente los derechos de la ciudadanía.

Por otra parte, la REFORMA DE LA SALUD y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que jerarquiza el papel del primer nivel de atención, tendrán a través de este informe muchos elementos para incorporar a la hora de atender integralmente a la mitad de la población del país.

“Es por ello que, las cifras de muertes violentas protagonizadas por varones (accidentes, suicidios, homicidios) y la escasa prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en varones jóvenes y en la mitad de su vida, despertaron una serie de interrogantes, que condujeron a construir una hipótesis y buscar su confirmación”.

“ La construcción social de la masculinidad condiciona en forma negativa la calidad de vida de los varones, sus vínculos, las modalidades de enfermar, de cuidar su salud y de morir.”

Con esta investigación hecha por aire.uy, no solamente se confirma la hipótesis mencionada, sino que se aporta a la profundización en diversas líneas que, seguramente serán imprescindibles para elaborar políticas públicas que atiendan a los varones uruguayos en su dimensión integral, añadiendo al análisis epidemiológico, el análisis de los condicionantes psico – socioculturales. Y que hacen a las consecuencias negativas en el escaso auto cuidado, en la negación de los trastornos y enfermedades o que causen daños a otros/as.

Agradeciendo la tarea de Investigadores, informantes calificados y a las direcciones institucionales y personas representantes que acompañaron los procesos de consulta, se pone a disposición los resultados de este trabajo que, sin dudas, será de mucha utilidad a quienes definen Políticas Públicas Nacionales y Locales en las áreas de Salud, Vivienda, Movilidad Urbana, Juventud, Educación, entre otras, así como a quienes trabajan con varones en promoción de salud en los distintos niveles de prevención y atención, tanto a nivel público como privado.

Por último, se agradece al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) su apoyo para la realización de la presente investigación y su publicación.

Dr. Jorge Basso Garrido
Director General de Salud
MSP - URUGUAY

Por el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, DIGESA, MSP:

Dra. Cristina Grela

Dr. Carlos Güida

INDICE

Justificación y fundamentos.....	6
Investigar la salud de los hombres: un desafío reciente a nivel internacional y nacional	7
Objetivos de la consultoría.....	9
Objeto de análisis	10
Metodología del Estudio	11
Criterios Éticos.....	11
Características socio-demográficas de los varones en Uruguay	12
Los Varones en la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay. Cobertura, calidad de atención, accesibilidad.	19
Atención psicológica y psiquiátrica	27
Enfermedades crónicas no transmisibles	29
Sobre el consumo de tabaco.....	30
Sobre el consumo de alcohol	32
Consumo de frutas y verduras.....	33
Actividad física.....	33
Atención de aspectos vinculados la sexualidad humana, disfunciones sexuales y otras problemáticas....	35
Atención a la violencia en varones.....	35
Mortalidad y morbilidad de los varones uruguayos basadas en estudios cuantitativos	36
Mortalidad y morbilidad vinculadas a enfermedades del sistema circulatorio	38
Mortalidad y morbilidad por tumores	44
Pulmón.....	46
Próstata.....	48
Colo rectal	49
Estómago.....	50
Páncreas.....	51
Esófago.....	52
Vejiga	53
Riñón.....	54
Laringe	54
Mortalidad y morbilidad por causa vinculadas al sistema respiratorio.....	55
Mortalidad y morbilidad por causas externas	56
La epidemia del VIH/SIDA.....	62
Discapacidades	69
Los procesos de salud – enfermedad y mortalidad de los varones uruguayos, análisis cualitativo.....	70
Datos de identificación	70
Entrevista específica	73
El lugar asignado a la salud	73
Percepciones y evaluaciones sobre la salud.....	75
Control de la salud, consulta al médico.....	77
Calidad de la atención médica	79
El cuidado de la salud varones y el de las mujeres.....	81
Discursos generacionales de los varones con respecto a la salud	83
Salud Mental	84
Calidad y estilo de vida	84
Uso y abuso de drogas legales e ilegales.....	87
Sexualidad y salud reproductiva	90
Percepciones y evaluaciones acerca de la sexualidad	92
Subjetividades, proyecciones, representaciones y roles en la salud de los varones	93
Análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a los informantes clave	110
La mortalidad de los varones como preocupación e interrogante	110
Percepción de las Patologías más frecuentes en los varones.....	110
Causas externas, la radicalidad del impacto en la salud del ser varón	111
Los varones y la salud.....	112
El papel y la oferta de los servicios de salud.....	114
¿Qué podría hacerse?.....	116
Análisis de las comunicaciones del Ministerio de Salud Pública	117
Principales conclusiones de la Investigación.....	122
Algunos aspectos a considerar por parte del MSP.....	125
Recomendaciones de la Investigación al Programa Nacional Salud de la Mujer y Género al Ministerio de Salud Pública.....	126
BIBLIOGRAFIA.....	127
ANEXO 1 Listado de Informantes calificados/as entrevistados/as.....	130

AGRADECIMIENTOS

El equipo investigador desea agradecer especialmente a:

La Dra. Cristina Grela por confiar en el equipo de investigación para la realización de este trabajo y su compromiso con el mismo.

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)

La Lic. en Comunicación Educativa Marta Leites por su aporte a lo largo del proceso y al Soc. Carlos Bruno, por el procesamiento estadístico.

Las y los informantes calificados, cuyos nombres constan en el correspondiente apartado.

Los varones entrevistados, usuarios del sistema de salud de nuestro país.

Justificación y fundamentos

“No se trata de una batalla de sexos, porque mejorando la salud de uno de los sexos se está influenciando en la salud del otro sexo. Profundamente entrelazadas en muchos casos, la salud de hombres y mujeres necesita ser abordada como un todo, pero para hacerlo se necesita reconocer las diferentes necesidades de varones y mujeres a partir de las cuales implementar servicios más sensibles a la perspectiva de género”.

The European Men's Health Forum. A Report on the state of Men's health across 17 European countries, 2003

Desde hace décadas, los estudios de la mujer y los estudios de género vienen generando conocimientos que dan cuenta de la consolidación de las inequidades entre mujeres y varones en lo referente a la salud, a través de múltiples ejes de problematicidad, como los son el estudio de los programas sanitarios, las características del vínculo en la consulta clínica, el análisis de la calidad de atención, la accesibilidad a los servicios y la producción de conocimientos en los procesos salud – enfermedad – atención. Al decir de Dora Cardaci: *“Diversas investigaciones que incorporan el género en sus análisis han contribuido a poner de manifiesto cómo está presente esta categoría en los riesgos y protecciones que se toman frente a diversas enfermedades, la percepción de los síntomas, la organización y desarrollo de la atención en salud , la prioridad para el otorgamiento de apoyos financieros, las preguntas que se hacen los investigadores, las investigadoras y los clínicos, el diagnóstico de un padecimiento y las decisiones respecto a su tratamiento”* (Cardaci, 2004).

Elsa Gómez (Gómez, 2002), plantea que:

“La equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse, entonces, como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico:

- En el estado de salud, la equidad de género encauza el logro, por parte de mujeres y hombres, de niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social.
- En la atención de la salud - que es uno de los muchos factores determinantes del estado de salud - la equidad de género implica que: a) los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; b) los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo; y c) el financiamiento y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo o a sus necesidades.
- En la participación para la producción de la salud, la equidad de género exige que se distribuyan con equilibrio y justicia entre los sexos las responsabilidades de trabajo, los beneficios del desarrollo y el poder de decisión”.

El estudio de la salud de los varones ha comenzado a tener una mayor visibilidad en los últimos años, a partir de las teorías de género aplicadas al campo de la salud. Si bien *el hombre* ha sido el paradigma que ha orientado, como modelo de lo humano, a la investigación, los diagnósticos y los tratamientos. A través de los estudios en epidemiología clínica y en detrimento de las mujeres, dichos estudios han menospreciado el papel de la construcción social de las masculinidades como uno de los factores más importantes para comprender las causas y las consecuencias de los procesos de salud – enfermedad- atención.

El estudio que se presenta, debería ser el puntapié inicial de la conformación de un conocimiento a nivel nacional, que pueda en un futuro ser comparado con otros a nivel regional.

Investigar la salud de los hombres: un desafío reciente a nivel internacional y nacional

Durante un extenso período del desarrollo de los estudios científicos en el campo de la salud, los varones han sido el modelo, a partir del cual se generaban respuestas para los tratamientos, para observar la evolución de las enfermedades. En definitiva, “el hombre” era el modelo.

Las sociedades patriarcales han reducido históricamente a las mujeres a un lugar secundario en prácticamente todas las áreas del desarrollo humano y específicamente en el campo de la salud, se ha restringido la mirada a los procesos reproductivos. Además de ello, los dispositivos de salud, fundamentalmente desde la biomedicina, han producido un severo disciplinamiento de las prácticas sociales de las mujeres, a través de las prácticas sobre un cuerpo sin derechos.

Tal como se ha señalado en un reciente estudio (Güida, 2008, p. 82):

“Inclusive en los textos de enseñanza de referencia en la formación de pregrado en medicina, como lo es el tratado de Medicina Interna Harrison - publicación de referencia de amplia circulación internacional - se cita en ocasiones a las mujeres, refiriéndose a las mismas en tanto “el paciente”. Es ilustrativo el siguiente párrafo: “La necesidad de quimioterapia contra el cáncer en sí con poca frecuencia constituye una base clara para interrumpir un embarazo en marcha, aunque cada estrategia de tratamiento en esta circunstancia debe ajustarse a las necesidades individuales del paciente”. (Harrison On Line en Español, The McGraw-Hill Companies 2006 - parte 5, página 171, 2006). Probablemente la traducción al español juegue un papel importante en asignar el sexo masculino a *la paciente*. Algunas rupturas en este paradigma de los procesos de salud – enfermedad – atención, aparecen asociados a la evidencia médica científica, que muestra que los procesos etiopatogénicos han respondido a modelos centrados en la salud masculina, cuando en realidad existen diferencias entre mujeres y varones y ello está condicionado por los factores socioeconómicos y de género. Señalamos del mismo texto:

“En el pasado muchos estudios epidemiológicos y de índole clínica se centraban en los varones. En fecha reciente, han incluido números representativos de mujeres, y algunos, como la Women's Health Initiative, se han ocupado específicamente de aspectos de salud de ellas. Se han identificado diferencias notables por sexo en enfermedades que afectan a varones y mujeres. Los datos de estudios aún en fase de realización habrán de ampliar los conocimientos sobre los mecanismos de las diferencias sexuales en la evolución y el pronóstico de algunas enfermedades”. (Harrison On Line en Español, parte 1, página 11 The McGraw-Hill Companies, 2006).

En esa misma publicación se cita un artículo de la periodista Makya Sánchez en el País de Madrid, que señala que “Todo empezó en 1991, cuando un artículo aparecido en la revista médica *The New England Journal of Medicine* evidenció que a igualdad de problemas de salud, se lleva a cabo un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en los varones. El estudio, desarrollado por un equipo de la Universidad de Harvard y otro de la Universidad de Maryland (EE UU) sobre una población de más de 80.000 pacientes de ambos sexos, reveló que ante un episodio de infarto de miocardio, por ejemplo, se practicaban muchas más coronariografías (procedimiento diagnóstico y terapéutico) a los hombres que a las mujeres.

Los resultados de este trabajo, considerados políticamente incorrectos y corroborados después en otras investigaciones aparecidas en el *Journal American Medical Association (JAMA)*, el *Journal American Medical Women Association (JAMWA)* y *Circulation*, levantaron una gran polémica en EE UU, y desde 1993 la Food Drug and Administration (FDA) presiona para que en todos los ensayos clínicos (salvo en los de patología exclusivamente masculina) exista una muestra de mujeres”

Los estudios de género y más recientemente los estudios sobre masculinidades, han promovido una lectura de los procesos de salud – enfermedad, de la calidad de vida, de los riesgos a la salud personal y colectiva a partir del modelo hegemónico de masculinidad y de las consecuencias en la vida de las mujeres y de los propios varones.

En nuestro país, se han producido algunos avances en materia de estudios de las consecuencias del lugar de los varones en la salud de las mujeres (Gomensoro et. al, 1995; Guida et al, 2006; Amorín et. al, 2008), fundamentalmente en el campo de la salud sexual y reproductiva y en violencia doméstica

El presente estudio sobre “Salud de los Hombres desde una perspectiva de Género” constituye un punto de inflexión, dado que los varones dejan de constituirse en el modelo de lo que constituye “la medida de las cosas”, y superan el enfoque centrado en su contribución (o no) a la salud de las mujeres, para constituirse en sujetos susceptibles de ser estudiados colectivamente, desde la perspectiva de género.

A nivel internacional, existen diferentes estudios que abordan, desde enfoques disímiles en lo metodológico, los procesos de salud, morbilidad y mortalidad de los varones.

Un antecedente a ser destacado ha sido la investigación europea “A report on the state of men’s health across 17 European countries” (White, A; Cash, K., 2003), sin duda uno de los informes más completos sobre salud de los varones. A la vez, el propio estudio reconoce las carencias en las bases de datos sobre morbilidad masculina, aspecto compartido con la realidad de los países del mundo menos desarrollado, incluyendo a Uruguay.

Más recientemente, The Coalition on men & boys (The Coalition on men and boys, 2009), publicó un exhaustivo Informe sobre las condiciones y necesidades de los varones de Inglaterra y Gales, en el cual afirma, entre sus principales conclusiones, que “ la mayoría de los servicios relacionados con la salud, infancia y prestaciones sociales están largamente orientados hacia las mujeres, apoyándolas, pero también reforzando su rol tradicional de cuidadoras”. Mas adelante, se concluye que, en los países citados “las políticas públicas dirigidas a hombres y niños tienden siempre a ser reactivas, lo que resulta a menudo en acciones paralelas que no logran enfocar suficientemente las relaciones entre varones y mujeres, o entre los diferentes grupos de hombres”

A nivel de la Región, los avances en la investigación sobre la salud de los varones tiene un claro referente en Brasil (Laurenti et al, 2005; Schraiber, L. et. al., 2005; Gomes, R. et. al, 2007,etc.).

Recientemente, en ese país se ha elaborado el documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (princípios e diretrizes)” de la Secretaría de Atención a la Salud, Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas, del Ministerio de Salud, el cual ilustra la trascendencia otorgada:

“A política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. O Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o auto-cuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros”

Algunos estudios en Uruguay develan aspectos de la salud de los varones, aún cuando no cuenten con un enfoque de género en su diseño ni en su análisis.

Un ejemplo de ello lo constituye la encuesta sobre morbi-mortalidad de los médicos (Otero et al, 2008). Allí, se da cuenta de que los médicos uruguayos mueren antes que la población general de acuerdo a dos estudios basados en certificados de defunción. Esta mortalidad precoz es notoria en las mujeres médicas, para quienes se evidenció una mediana de vida de 60 años. Se afirma que "en relación con las causas de muerte no se diferencian los médicos uruguayos del resto de la población: primera causa cardiovascular, segunda causa neoplásica. Pero en las mujeres médicas la tercera causa es el suicidio. La primera conclusión que sacamos de estos dos estudios es que los médicos uruguayos no se benefician de sus conocimientos para prevenir enfermedades o hacerlas más lentas en su evolución".

Este y otros estudios nacionales han sido muy útiles para la presente investigación. Sin embargo se observa la dispersión de información muy valiosa en este sentido y el equipo de investigación considera que su recuperación y sistematización, constituyen de por sí, un avance para comprender y actuar en torno a la salud de varones y mujeres.

Frecuentemente, autoridades nacionales y departamentales aluden al consumo de sustancias psicoactivas en Uruguay, las que, en términos generales y exceptuando a los tranquilizantes y antidepresivos, es mayor en varones cuyas edades están comprendidas entre 19 y 34 años.

También se hace referencia al incremento de la sífilis en recién nacidos de mujeres que han controlado su embarazo e inclusive han recibido tratamiento sobre esta grave patología, al aumento de las cifras de VIH en mujeres, a la accidentabilidad en varones jóvenes, a la violencia doméstica protagonizada por parejas y ex parejas de mujeres víctimas. Asimismo, a la consulta tardía de los varones por su propia salud, a las dificultades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a la inadecuación o escasez e ofertas en los paquetes sanitarios para varones adultos.

Estos ejemplos son parte de un complejo entramado social y cultural, que tiene en los varones a sujetos que producen salud y también problemas sanitarios, que padecen las patologías condicionadas por las relaciones de género y que, desde enfoques innovadores en lo cultural, lo educativo, lo sanitario, pueden ser parte de la solución a los trastornos y promotores de una mejor calidad de vida de todas y todos.

Las inequidades de género que aún persisten en nuestro país, implican un claro posicionamiento del equipo investigador en torno a la importancia de la promoción de políticas públicas- y entre ellas políticas sanitarias- que incorporen y sean transversalizadas por la perspectiva de género. En este sentido, la presente investigación es una contribución a los estudios de género y de las masculinidades y un aporte a la elaboración de políticas orientadas a la igualdad de oportunidades y derechos.

Objetivos de la consultoría

El llamado del Programa Nacional Salud de la Mujer y Género ha planteado como Objetivo de la Consultoría "Sistematizar y difundir los principales indicadores acerca del estado de salud de los hombres a nivel nacional y, a partir de dicha información analizada desde una perspectiva de género, formular recomendaciones claves para la elaboración de Políticas Públicas.

Objeto de análisis

El objeto de análisis han sido los varones mayores de 14 años de edad, es decir que abarca un tramo de la adolescencia y las etapas de juventud, adultos y adultos mayores.

La elección se basa en la consideración de la escasez de estudios que aborden a los varones adultos, a la vez que considera etapas donde las masculinidades se ponen en juego, las prácticas de riesgo son habituales en la vida masculina y se expresan en aspectos epidemiológicos y sociológicos como el elevado consumo de sustancias psicoactivas, los accidentes y la violencia - tanto en el ámbito público como privado, la salud sexual y reproductiva, incluyendo las infecciones de transmisión sexual y el VIH - SIDA.

El Programa Salud de la Mujer y Género ya cuenta con un Informe sobre la Salud de las Mujeres en Uruguay, elaborado por un equipo técnico (Aguirre et. al., 2006) y con dos investigaciones sobre masculinidades, vinculadas al acompañamiento en el parto (Güida, C. et al, 2005) y a los varones profesionales de la salud y su actitud ante la atención a la violencia doméstica (Amorín et. al, 2008).

El presente, constituye el primer estudio nacional sobre salud de los varones, el cual abre nuevos campos de investigación, dados los resultados y las conclusiones del mismo.

Metodología del Estudio

El estudio se llevó a cabo de octubre a mayo del 2009, bajo la responsabilidad del equipo técnico multidisciplinario conformado por la Soc. Teresa Herrera, coordinadora del estudio, el médico Dr. Carlos Güida y el Soc. Juan José Meré.

El equipo diseñó una investigación que integra metodología cuantitativa y cualitativa.

Para ello se ha planteado una estrategia de investigación centrada en:

- **Análisis de fuentes de datos secundarios sobre mortalidad y morbilidad de los hombres uruguayos** en diferentes etapas de la vida, e interpretarlo desde la perspectiva de género. La principal fuente de información han sido las dependencias de la DIGESA.
- **Entrevistas con informantes clave**, con trayectoria reconocida en el campo de la Salud Pública, Epidemiología, Administración de Servicios de Salud. Fueron seleccionadas 9 personas.
- El inicio de un proceso de investigación de datos sobre **participación y uso de los servicios de salud de parte de los varones uruguayos** de todas las edades, a través de análisis y sistematización de datos secundarios; ha sido uno de las dificultades mayores del equipo de investigación. Ello se debe fundamentalmente a que el principal prestador de servicios de salud a la población uruguaya, ASSE, aún no cuenta con registros sobre mortalidad y morbilidad de sus usuarios y las modalidades de uso de sus servicios son incipientes.
- **Entrevistas en profundidad a varones mayores de 18 años, usuarios del sistema de salud**, indagando en tópicos específicos de morbi – mortalidad, masculinidad, riesgos, calidad de vida, actitudes y valores.
- **Revisión bibliográfica y documental sobre diferentes aspectos de los procesos de salud – enfermedad – atención de los varones uruguayos**, considerando asimismo literatura regional y e internacional.
- **Análisis de la información sobre promoción de salud y prevención elaborada por el MSP**, en los últimos 3 años.

La integración metodológica de las diferentes técnicas aplicadas ha sido puesta en juego en los últimos 4 meses del proyecto, es decir, una vez culminada cada una de las estrategias señaladas.

Finalmente, se realizó una mesa de presentación interna y con carácter consultivo, En el mes de junio de 2009, cuyos aportes son recogidos en este informe final.

Criterios Éticos

Los varones usuarios entrevistados han dado su consentimiento escrito para la entrevista y su identificación es anónima.

Los informantes calificados, en condición de personas públicas, son identificados en un listado final, pero no son identificados sus aportes y opiniones personales específicos.

Características socio-demográficas de los varones en Uruguay

Los varones en Uruguay constituyen el 48% de la población.

A continuación los principales indicadores de contexto, vinculados con el objeto de la investigación.

Para el año 2008, el INE ha proyectado un total de 1.610.356 varones frente a 1.723.696 mujeres, lo que muestra un índice de masculinidad de 93,4. Este índice alcanza su menor guarismo en Montevideo (87,5) y el mayor en Río Negro (104,4).

CUADRO Nº 1

Población, por sexo, según Departamento. 2008				
Departamento	Total	Población		Índice de Masculinidad
		Hombres	Mujeres	
Total	3.334.052	1.610.356	1.723.696	93,4
Artigas	79.297	39.805	39.492	100,8
Canelones	514.616	251.783	262.833	95,8
Cerro Largo	89.871	44.150	45.721	96,6
Colonia	120.842	59.365	61.477	96,6
Durazno	61.321	30.686	30.635	100,2
Flores	25.648	12.607	13.041	96,7
Florida	70.235	35.145	35.090	100,2
Lavalleja	61.910	30.739	31.171	98,6
Maldonado	149.071	73.048	76.023	96,1
Montevideo	1.340.273	625.456	714.817	87,5
Paysandú	115.854	57.674	58.180	99,1
Río Negro	55.934	28.574	27.360	104,4
Rivera	110.180	54.143	56.037	96,6
Rocha	70.515	34.948	35.567	98,3
Salto	127.345	62.562	64.783	96,6
San José	108.649	54.235	54.414	99,7
Soriano	87.508	43.419	44.089	98,5
Tacuarembó	95.313	47.617	47.696	99,8
Treinta y Tres	49.670	24.400	25.270	96,6

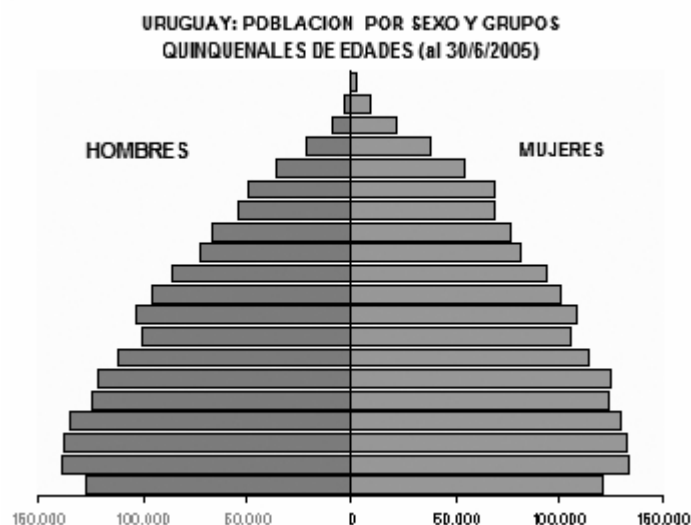
- La esperanza al nacer de los varones resulta inferior a la de las mujeres. Para el año 2009, la misma alcanza los 72.6 años para varones y 79.8 para las mujeres. A lo largo de los 13 últimos años, la esperanza de vida de los varones aumentó en 2.7 años, mientras que para las mujeres el incremento ha sido menor: 1.9 años. Para el año 2015, según la proyección del INE, los varones tendrán una esperanza de vida al nacimiento de 73.7 años, frente a 80.7 de las mujeres.
- La población masculina, según el Censo 2004, fase 1 (INE) había alcanzado los 1.565.533, mientras que las mujeres era de 1.675.470. La población de varones en el área urbana es prácticamente 10 veces superior que en el medio rural, 1501.171. El índice de masculinidad sigue una tendencia descendente desde 1996 (94,2) para virar hacia una tendencia ascendente a partir de este bienio, esperándose para 2015 un índice de masculinidad de 93,7.

CUADRO N°2

INDICADORES DEMOGRÁFICOS DEL URUGUAY								
Periodo 1996 - 2015								
Años	Población al 30 de junio de cada año	Tasa de crecimiento exponencial (%)	Tasa bruta de natalidad (por mil)	Tasa bruta de mortalidad (por mil)	Esperanza de vida al nacimiento			Índice de masculinidad
					Ambos sexos	Hombres	Mujeres	
1996	3.235.549	0,636	18,18	9,59	73,86	69,89	77,97	94,2
1997	3.256.182	0,539	17,81	9,32	74,29	70,43	78,31	94,1
1998	3.273.777	0,458	16,53	9,74	73,96	70,12	77,98	94,1
1999	3.288.819	0,365	16,40	9,95	73,97	70,11	78,04	94,0
2000	3.300.847	0,227	16,00	9,23	74,87	70,96	79,01	93,9
2001	3.308.356	0,005	15,73	9,43	74,88	71,16	78,77	93,8
2002	3.308.527	-0,151	15,75	9,67	74,82	71,09	78,77	93,7
2003	3.303.540	-0,055	15,37	9,88	74,89	71,15	78,79	93,6
2004	3.301.732	0,121	15,14	9,39	75,25	71,67	78,94	93,5
2005	3.305.723	0,264	14,86	9,39	75,60	71,98	79,42	93,5
2006	3.314.466	0,284	14,76	9,39	75,72	72,12	79,52	93,4
2007	3.323.906	0,305	14,67	9,39	75,85	72,26	79,63	93,4
2008	3.334.052	0,326	14,58	9,40	75,97	72,41	79,73	93,4
2009	3.344.938	0,348	14,50	9,39	76,10	72,56	79,84	93,4
2010	3.356.584	0,357	14,42	9,39	76,23	72,71	79,94	93,5
2011	3.368.595	0,354	14,36	9,36	76,40	72,90	80,10	93,5
2012	3.380.544	0,350	14,30	9,34	76,58	73,10	80,25	93,5
2013	3.392.407	0,347	14,23	9,31	76,76	73,31	80,40	93,6
2014	3.404.189	0,342	14,16	9,29	76,94	73,51	80,55	93,6
2015	3.415.866	0,338	14,08	9,26	77,12	73,72	80,71	93,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población, revisión 2005.

GRÁFICA N°1



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población, revisión 2005.

CUADRO N°3

GRUPO DE EDADES	POBLACION								
	Total	Total		Area Urbana			Area Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	3.241.003	1.565.533	1.675.470	2.974.714	1.415.362	1.559.352	266.289	150.171	116.118
0 a 4	242.582	123.874	118.708	222.367	113.444	108.923	20.215	10.430	9.785
5 a 9	268.951	137.462	131.489	246.848	126.063	120.785	22.103	11.399	10.704
10 a 14	264.073	134.877	129.196	243.250	123.882	119.368	20.823	10.995	9.828
15 a 19	257.955	131.194	126.761	238.203	120.171	118.032	19.752	11.023	8.729
20 a 24	242.297	121.521	120.776	222.421	109.892	112.529	19.876	11.629	8.247
25 a 29	241.654	119.609	122.045	221.449	107.920	113.529	20.205	11.689	8.516
30 a 34	217.801	107.634	110.167	199.028	96.796	102.232	18.773	10.838	7.935
35 a 39	201.825	98.388	103.437	184.292	88.394	95.898	17.533	9.994	7.539
40 a 44	211.890	103.387	108.503	194.071	93.037	101.034	17.819	10.350	7.469
45 a 49	191.731	93.147	98.584	175.617	83.724	91.893	16.114	9.423	6.691
50 a 54	176.031	84.314	91.717	160.179	75.021	85.158	15.852	9.293	6.559
55 a 59	149.775	70.952	78.823	135.748	62.581	73.167	14.027	8.371	5.656
60 a 64	141.457	65.586	75.871	128.678	57.858	70.820	12.779	7.728	5.051
65 a 69	122.377	54.233	68.144	111.849	48.010	63.839	10.528	6.223	4.305
70 a 74	118.627	49.919	68.708	110.069	44.941	65.128	8.558	4.978	3.580
75 a 79	87.848	34.928	52.920	82.247	31.827	50.420	5.601	3.101	2.500
80 a 84	58.887	21.269	37.618	55.484	19.522	35.962	3.403	1.747	1.656
85 a 89	29.133	9.112	20.021	27.570	8.428	19.142	1.563	684	879
90 a 94	12.689	3.331	9.358	12.090	3.107	8.983	599	224	375
95 o más	3.420	796	2.624	3.254	744	2.510	166	52	114

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - CENSO FASE I 2004

En cuanto a las tasas específicas de desempleo, por sexo y edad y relación con la jefatura del hogar, de acuerdo a los datos de INE para 2009, en el primer trimestre, muestra una diferencia en menores de 25 años que prácticamente duplica a las mujeres (27,1) frente a los varones (15,4).

Si bien el desempleo en relación a la jefatura del hogar disminuye cuantitativamente en 25 años y más de edad, la diferencia entre mujeres (7,1) y varones (3,0) se acentúa.

Según el reciente informe de UNFPA – Uruguay, con motivo del Día Mundial de la Población (2009):

“En Uruguay, la brecha entre mujeres y varones desempleados alcanzó en 2009 el máximo de las últimas dos décadas. Por cada varón desempleado hay dos mujeres sin empleo. Esta situación, que se ha acentuado sostenidamente en los últimos cinco años, determina que, en el primer trimestre de 2009, el desempleo femenino en Uruguay ascienda al 10,2%, mientras que el masculino solo alcance un 5,2%.”

En Uruguay, así como en muchos otros países, existe el mito de que “el varón mantiene económicamente el hogar y el ingreso de la mujer es secundario”. Sin embargo, de cada 100 hogares uruguayos, si bien 24 son mantenidos exclusivamente por varones, 28 cuentan con hasta un 40% de ingreso femenino; 23 son mantenidos exclusivamente por mujeres; 15 son hogares de co - provisión económica y 10 cuentan con mayor aporte femenino (60% y más del total de ingresos). Otro mito consiste en decir que “varones y mujeres reciben igual remuneración por su trabajo”. Al comparar la remuneración media de las mujeres por hora de trabajo se constata que ésta es, en promedio, 10 puntos porcentuales por debajo de la de los varones. Entre mujeres y varones que han alcanzado estudios universitarios, la brecha se incrementa hasta 30 puntos porcentuales.

Si bien las mujeres alcanzan mayores niveles educativos que los varones y su integración laboral se han incrementado sostenidamente en las últimas décadas, se mantiene una importante segregación horizontal y vertical en el mercado de trabajo que perjudica a las trabajadoras uruguayas. El 51,2% de las mujeres ocupadas se concentra en “servicios sociales, comunales y personales” según datos de la Encuesta Continua de Hogares 2008 categoría que integra todas las tareas socialmente asociadas “a las mujeres” (cuidado, salud, educación, etc.). El 14% de las mujeres ocupadas trabaja en el servicio doméstico mientras que los varones representan tan sólo el 0.2%”

En cuanto al nivel de instrucción, si se toma la información proveniente de la Encuesta Continua de Hogares, de población de 25 años y más, las mujeres comienzan a generar una diferencia sobre 13 años y más de estudio.

En 2005, alcanza el 20,2 de las mujeres y el 16,7 de los varones. La diferencia, con diferentes guarismos, está presente, al menos desde 1999, según la misma fuente.

La tasa de analfabetismo, es algo superior en varones, de acuerdo al censo de 1996.

De acuerdo los resultados del Estudio Uso del Tiempo y Trabajo no Remunerado en Uruguay, basado en la Encuesta Continua de Hogares 2007, del INE (UNIFEM, INE, UDELAR, 2008), es posible observar la diferencia entre mujeres y varones.

Se destaca la falta de involucramiento de los varones en estas tareas, no presenta diferencias significativas por el nivel de instrucción alcanzado, el nivel socioeconómico y la situación conyugal – parental. Lo cual refuerza que el origen de esa conducta, se debe a las pautas de crianza, en la consolidación de estereotipos, en la calidad y en el estilo de vida y sin dudas, en su consecuencia para la salud de varones y mujeres.

CUADRO N° 4

..... J. Tasa de participación y tiempo dedicado al trabajo no remunerado por sexo,
según estructura del hogar

Estructura del hogar	Mujeres		Varones		Diferencia mujeres/varones	
	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio
Unipersonal	95,5	26,8	98,6	20,6	-3,1	6,2
Biparental sin hijos	98,1	35,3	87,5	15,3	10,6	20,0
Biparental con hijos de ambos	95,9	41,7	84,9	15,0	11,0	26,7
Biparental con al menos un hijo de uno	95,9	44,1	82,3	15,2	13,6	28,9
Monoparental femenina	97,1	33,5	81,2	11,2	15,9	15,9
Monoparental masculina	*5	*	91,6	21,7	*	*
Extensa y compuesta	94,2	35,7	79,1	15,1	15,1	15,1

CUADRO N° 5

..... J. Tasa de participación y tiempo dedicado al trabajo no remunerado por sexo
según ciclo de vida familiar

Ciclo de vida	Mujeres		Varones		Diferencia mujeres/varones	
	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio
Pareja joven sin hijos	96,3	29,1	90,5	12,7	5,8	16,4
Familia en etapa inicial	99,1	57,2	96,6	22,3	2,5	34,9
Familia en etapa expansión	97,0	45,8	86,8	15,3	10,2	30,5
Familia en etapa consolidación /salida	94,8	31,0	80,1	13,1	14,7	17,9
Pareja mayor sin hijos	96,7	37,0	84,3	16,3	12,4	20,7

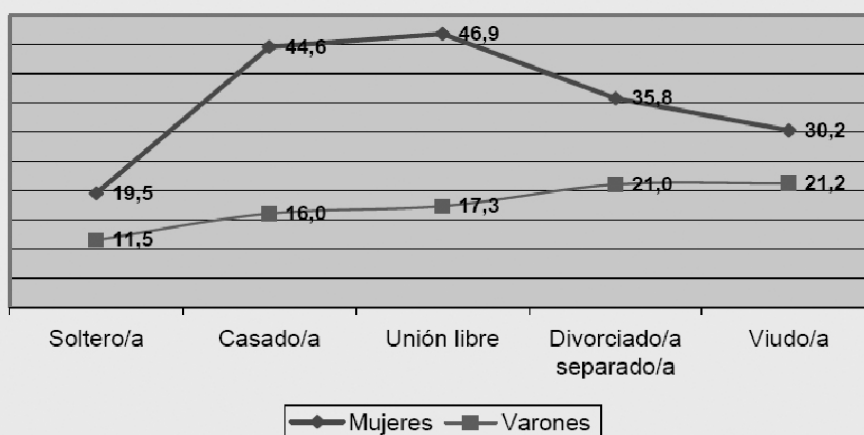
CUADRO N° 6

Cuadro 5. Participación y tiempo dedicado al trabajo no remunerado por sexo según estado conyugal

Estado conyugal	Mujeres		Varones		Diferencia mujeres/varones	
	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio
Soltero/a	91,5	19,5	76,7	11,5	14,8	8,0
Casado/a	98,4	44,6	87,7	16,0	10,7	28,6
Unión libre	98,8	46,9	91,3	17,3	7,5	29,6
Divorciado/a separado/a	98,3	35,8	91,4	21,0	6,9	14,8
Viudo/a	89,2	30,2	90,0	21,2	-0,8	9,0

GRÁFICA N° 2

Gráfico 6. Tiempo promedio semanal dedicado al trabajo no remunerado por sexo, según estado conyugal



Los varones no aumentan su participación en el hogar, ni siquiera considerando la duración de la jornada laboral. Estos aspectos muestran las profundas diferencias de género en nuestra sociedad y la carga laboral de las mujeres, la denominada doble jornada.

CUADRO N° 7

**Tasa de participación y tiempo dedicado en el trabajo no remunerado por sexo
según jornada laboral**

Jornada laboral	Mujeres		Varones		Diferencia mujeres/varones	
	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio
Hasta 20 horas	98,6	41,6	90,4	16,2	8,2	25,4
21 a 40 horas	98,1	33,9	87,0	16,4	11,1	17,5
41 horas y más	97,8	29,2	86,5	14,5	10,6	14,7

Los Varones en la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay. Cobertura, calidad de atención, accesibilidad.

De acuerdo al Decreto del Poder Ejecutivo del 3 de octubre de 2008, los programas integrales de prestaciones, se encuentran ordenados de acuerdo a grupos etarios (Niñez, Adolescencia, Adulto Mayor) que no incluyen a los Adultos. Luego, existe un programa que abarca a las mujeres (Salud de la Mujer y Género). En ese sentido, los varones que no son niños, adolescentes ni adultos mayores, no quedan incluidos en las prestaciones integrales.

Por otra parte, el ordenamiento, de acuerdo a consumo y abuso de sustancias psicoactivas (donde los varones se destacan epidemiológicamente), como los son el Programa Nacional para el Control del Tabaco y el de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas y los Programas de Discapacidad, de ITS – SIDA, Nutrición, Salud Mental abarcan ambos sexos y de todos los grupos etarios.

Los varones adultos, en el imaginario y en las propuestas una vez más “desaparecen” como población específica, a menos que pertenezcan a un grupo de riesgo o con morbilidad específica. No existe aún un Programa Nacional de Salud de los Hombres, como en Brasil.

1- De conformidad con lo dispuesto por el literal E) del artículo 5 y el artículo 45 de la Ley Nro. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, el Ministerio de Salud Pública ha aprobado los siguientes programas integrales de prestaciones:

Programa Nacional de Salud de la Niñez

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

Programa Nacional de Salud del Adolescente

Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor

Programa Nacional de Salud Bucal

Programa Nacional de Salud Mental

Programa Nacional de Discapacidad

Programa Prioritario de ITS-Sida:

Directrices básicas para la realización de
Consejería/orientación en VIH- SIDA.

Infección por VIH: Guías para Adultos y Embarazadas.

Y para pediatría.

Infecciones de ITS: pautas de diagnóstico y tratamiento.

Programa Nacional de Nutrición

Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas

Programa Nacional para el Control del Tabaco

El Estudio de Imagen de la Profesión Médica (SMU – Equipos Mori, 2006) contiene información sobre las prácticas de prevención y atención en salud de los varones uruguayos, de 18 y más años, a partir de una muestra representativa de 600 casos. Seleccionando la información de esta encuesta, recortando algunas de las gráficas que presenta¹

Ante la pregunta: “Y Ud: ¿cuándo realiza consultas médicas?”, se observa cómo los varones consultan al igual que las mujeres, cuando sienten molestias graves. Luego, la realización de la consulta se despega entre varones y mujeres, sea cuando hay un malestar que no se traduce en “enfermedad”, cuando es una molestia indefinida o cuando se realizan controles regularmente.

¹ Las tablas y gráficos de dicho estudio incluyen la discriminación según edad, NSE, nivel de instrucción, entre otras variables. No contiene cruces en dichas tablas y gráficos de estas variables con el sexo.

CUADRO N° 8

Cuadro 1: Motivos por los que realiza consultas médicas según variables básicas* (Solamente para los casos en que respondieron afirmativamente)

	En caso de sentir alguna molestia grave	Cuando se siente mal, aunque no se note enfermo	Cuando siente alguna molestia, en algunos por prevención	Concurre regularmente a realizarse controles	Cuando siente alguna molestia indefinida
Sexo					
Masculino	82	31	33	33	19
Femenino	82	41	44	50	34

Las consultas en el último año, confirman la menor consulta masculina a servicios de medicina, en la totalidad de la muestra. Al no contar con la información cruzada de sexo, nivel de instrucción y NSE, no se puede conocer las tendencias de otras agrupaciones de varones.

CUADRO N° 9

Cuadro 2: Veces que requirió personalmente de servicios médicos en el último año según variables básicas*

	Sólo una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Más de cuatro veces	No sabe	No requirió	TOTAL
Sexo								
Masculino	17	12	9	5	21	0	35	100
Femenino	16	13	10	5	32	0	24	100

Los varones prefieren escoger al médico con el cual atenderse, si se les compara con las mujeres.

CUADRO N° 10

Cuadro 5: Preferencia del tipo de sistema médico según variables básicas*

	Sistema con médico de cabecera permanente	Que puedan elegir cada vez con qué médico atenderse	No contesta, no sabe	Total
Sexo				
Masculino	52	47	1	100
Femenino	60	38	2	100
Edad				

El Estudio de Imagen de la Profesión Médica, explora varios aspectos de la calidad de atención. Resulta de interés, cuando se explora, en general, la atención médica recibida es evaluada como buena en 60%, mientras que es mínima la evaluación de mala – muy mala (2%). Estos porcentajes son similares cuando se evalúan los aspectos técnicos y la calidad del vínculo en la consulta, sin diferencias según el sexo del encuestado.

Una de las interrogantes que habitualmente se plantean, es el tiempo disponible por el profesional para escuchar y dialogar con el paciente. No existen diferencias significativas Entre varones y mujeres, y 3 de cada cuatro se encuentra ubicado en las categorías siempre – la mayoría de las veces”

Otras preguntas de este estudio muestran que el trato personalizado y la información aportada por el profesional, alcanzan altos guarismos: aproximadamente 3 de cada 4, al igual que en el otro ítem. La diferencia con las mujeres tampoco es importante.

En cuanto a la explicación sobre los problemas de salud a los varones encuestados la satisfacción es alta (siempre – la mayoría de las veces: 74%), y los tratamientos a seguir (siempre – la mayoría de las veces: 79%), los varones, en cifras muy similares a las mujeres. La confianza sobre los médicos y sobre el diagnóstico también es elevado, en el entorno del 75%.

Llama la atención, el elevado grado de cumplimiento con las indicaciones médicas sobre la paraclínica y sobre la medicación indicada, a los efectos de poder confrontar con otros estudios cuantitativos y cualitativos, incluyendo nuestro estudio.

Sin embargo, cuando se trata de cumplir con las actividades físicas de prevención, las cifras se modifican, alcanzando una mayoría, pero no tan contundente en los que responden “siempre” (menor al 50%).

Y menos aún, en lo referente a las dietas. En estas últimas preguntas, la no indicación cobrar fuerza. Esta información resulta de interés para confrontar con las entrevistas a usuarios realizadas en la presente investigación.

Cabe preguntarse entonces sobre otros aspectos que suceden fuera de la consulta médica, por ejemplo con otros profesionales de la salud e inclusive con algunas de las disciplinas médicas. En cuanto a lo administrativo y al personal de enfermería, con menor nivel de exploración que con relación a la consulta médica, las cifras muestran una escasa evaluación negativa.

Según la información aportada por el Departamento de Gestión de la Información, de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), para octubre de 2008 los varones usuarios de ASSE en todo el país alcanzaban 532.438, a través de algunas de las modalidades: carné de asistencia (la inmensa mayoría, con 446.961), FONASA, convenio con PANES y Sanidad Policial.

Es de interés señalar que las mujeres registran 105.000 afiliadas más que los varones, para el mismo período.

CUADRO N° 11
Distribución de varones usuarios de ASSE por grupo etario

Total	532.438
Menores de 1	4.057
1 a 4	33.922
5 a 14	118.813
15 a 19	59.734
20 a 44	161.391
45 a 64	97.801
65 a 74	35.726
75 y más	20.864
No Indicado	130

CUADRO N° 12
Distribución de mujeres usuarias de ASSE por grupo etario

Total	637.488
Menores de 1	2.795
1 a 4	28.098
5 a 14	109.487
15 a 19	60.204
20 a 44	233.380
45 a 64	131.679
65 a 74	41.827
75 y más	29.887
No Indicado	131

Es importante observar que, hasta los 15 años, predominan los varones con cobertura de ASSE y a partir de los 20 años, comienza el predominio de las mujeres con cobertura de esta institución.

Con los datos discriminados por departamento, los varones con cobertura de ASSE en Montevideo eran 141.937, lo que corresponde al 27 % del total del país. En las mujeres, alcanza una cifra similar (26%).

Con respecto a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ha sido posible conseguir información sobre cobertura según sexo o uso de servicios por parte de los varones, de acuerdo a los Indicadores Asistenciales de 2008 (información disponible en página web. del MSP). Según este informe, el número total de usuarios/as de las IAMC asciende a 1.769.438.

En el Interior, 409.609 afiliados varones, con un pico en la distribución entre los 20 y los 44 años (151.059) respecto de las mujeres que cuentan con 345.513 y un pico en el mismo grupo etario (107.755). En ambos sexos, la cobertura se da fundamentalmente por el FONASA, siendo en los varones de 77%.

En Montevideo, los afiliados varones alcanzan los 505.865, siendo el pico de afiliación también entre los 20 y 40 años (191.630), lo que constituye un 38%, y con una mayor integración a través de FONASA (369.628) o sea un 73%.

CUADRO N° 13

**POBLACION AFILIADA A LAS IAMC AL 31/12/08
POR SEXO Y EDADES**

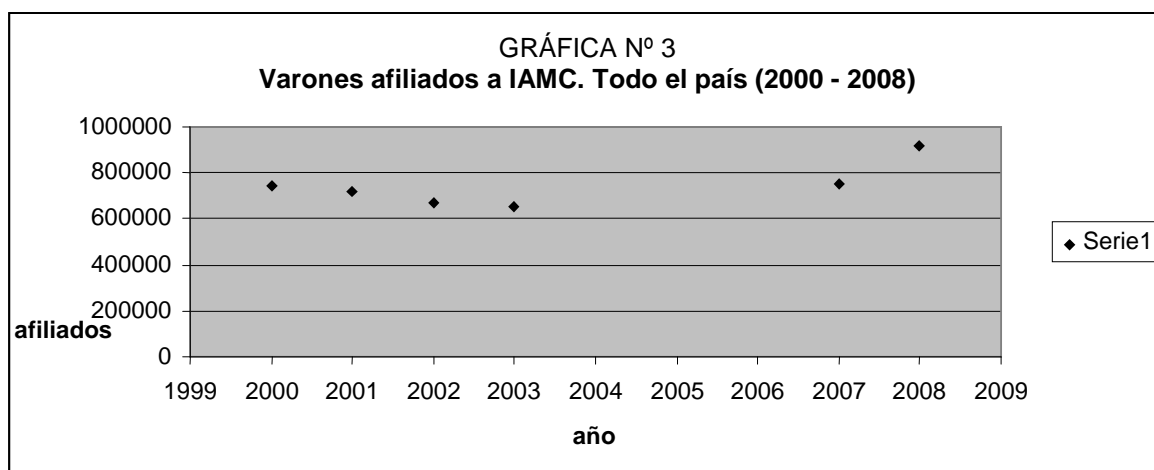
TOTAL DEL PAIS

SEXO	EDAD	TOTAL						TOTAL
		INDIVIDUAL	VITALICIO	COLECTIVO	FONASA	PARCIAL	SIN DATOS	
SEXO MASCULINO	< 1	750	0	701	10.600	280	46	12.377
	1 a 4	1.617	0	1.911	44.431	761	44	48.764
	5 a 14	4.119	2	7.327	117.034	935	187	129.604
	15 a 19	4.529	0	6.292	48.511	428	70	59.830
	20 a 44	23.207	78	37.032	281.232	1.037	103	342.689
	45 a 64	25.401	536	37.483	147.461	975	256	212.112
	65 a 74	19.277	294	15.137	25.386	392	12	60.498
	> 74	24.050	316	13.061	11.475	482	39	49.423
	s/d	8	10	45	114	0	0	177
Total		102.958	1.236	118.989	686.244	5.290	757	915.474
SEXO FEMENINO	< 1	787	0	474	9.950	287	39	11.537
	1 a 4	1.559	1	1.745	42.427	706	56	46.494
	5 a 14	3.995	1	6.789	112.338	932	152	124.207
	15 a 19	4.947	0	6.552	42.601	540	69	54.709
	20 a 44	29.779	71	34.555	220.565	1.503	82	286.555
	45 a 64	38.642	565	32.914	125.327	1.570	100	199.118
	65 a 74	34.408	475	15.586	25.559	1.000	8	77.036
	> 74	55.984	696	18.663	14.155	1.340	15	90.853
	s/d	9	10	11	100	0	0	130
Total		170.110	1.819	117.289	593.022	7.878	521	890.639
s/d	204	0	72	2	353	6	637	
TOTAL PAIS		273.272	3.055	236.350	1.279.268	13.521	1.284	1.806.750

Si se compara con las cifras del Censo de la población afiliada a las IAMC, en el período 2000 – 2003, es posible observar lo siguiente:

Al 31 de diciembre del año 2000, el número de varones afiliados, de todos los grupos etarios y en todo el país era de 746.682. La tendencia fue decreciente en los años siguientes: en el año 2001, 722.385, en el 2002, 667.163, en el año 2003 llega a 652.264. Este descenso se observa en todos los grupo etarios menores de 65 años.

Es evidente el incremento en los afiliados a diciembre de 2007, con 753.781 y a diciembre de 2008, alcanzando 915.474 afiliados varones.



De acuerdo a la información de SINADI – MSP, sobre indicadores de las emergencias móviles, comprendiendo el período enero – junio de 2006, y considerando 29 servicios de Montevideo e Interior, las mujeres están mayormente afiliadas, con una media en un 55,8%. Siendo algo mayor en Montevideo (57%) que en el Interior (52%).

Por lo tanto, las afiliaciones masculinas (que no figuran como tales) son menores: 44,2%, como media nacional, siempre y cuando no haya indeterminaciones.

No contar con información disponible de discriminación de los servicios de las emergencias por sexo, es una carencia para este informe y para otras posibles medidas y recomendaciones.

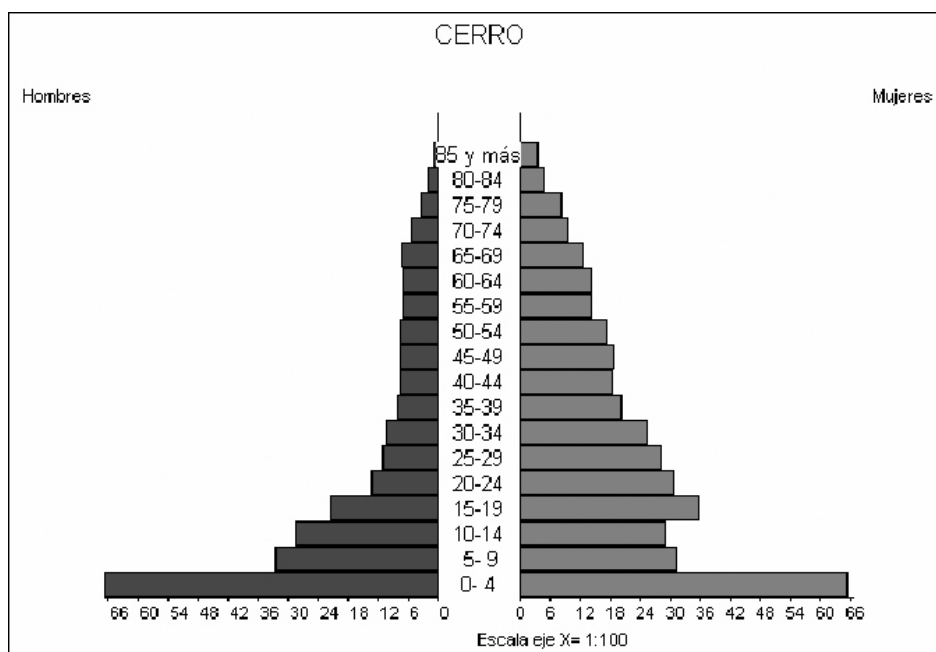
Si se analizan los datos de consulta en la Red de Atención Primaria de Montevideo (RAP), dependiente de ASSE, de acuerdo a sexo y edad, en el período enero – diciembre de 2008, y sobre un total de 261.510 usuarias/os, es posible concluir que:

- Las consultas de varones, de todas las edades es de 39.7% y la de mujeres de 60,3%. La relación varones /mujeres es de 0.66.
- En los grupos considerados hasta los 9 años, el porcentaje de consultas es levemente superior en los varones (con una diferencia aproximada de 1%).
- En el grupo de 10 a 14 años, adolescencia temprana, el porcentaje de consultas se mantiene.
- En adolescentes de 15 a 19 años, la relación se invierte drásticamente: las mujeres consultan en 60,9% y en los varones de 39,1%.
- Esta relación se acentúa aún más, para todos los otros grupos etarios, alcanzando valores mayores de 67% para las mujeres, y mayores a 70% luego de los 80 años.

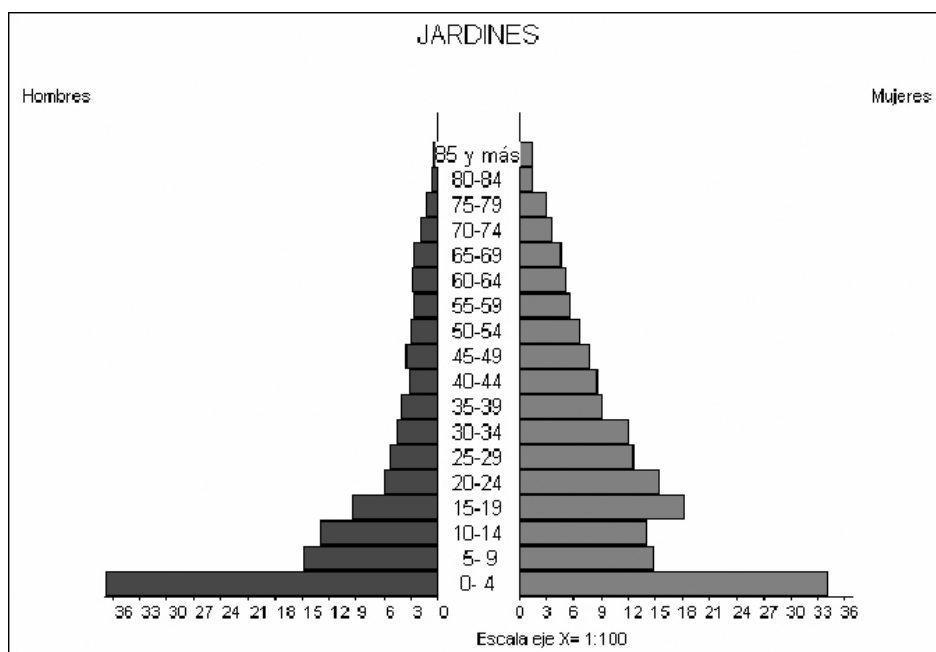
Sin duda, las mujeres consultan más a partir de los 15 años, lo cual llevaría a cuestionar tanto la oferta de los servicios como la demanda de los mismos, desde la perspectiva de género y generaciones. Aspecto que en nuestro medio ya ha sido desarrollado académicamente (Güida, 2003, López Gómez et al., 2003). Los servicios, a pesar de incluir paulatinamente el enfoque de salud reproductiva, desplazando al enfoque materno – infantil, centran sus prácticas en la salud de las mujeres y muy probablemente en lo concerniente a los procesos vinculados a la consulta gineco - obstétrica y la anticoncepción. No contar con los motivos de consulta impide aproximarnos a estas hipótesis.

Si se toman cuatro centros de Salud, de diferentes regiones de Montevideo, es posible observar la pirámide de acuerdo a la distribución por grupos etarios y sexo.

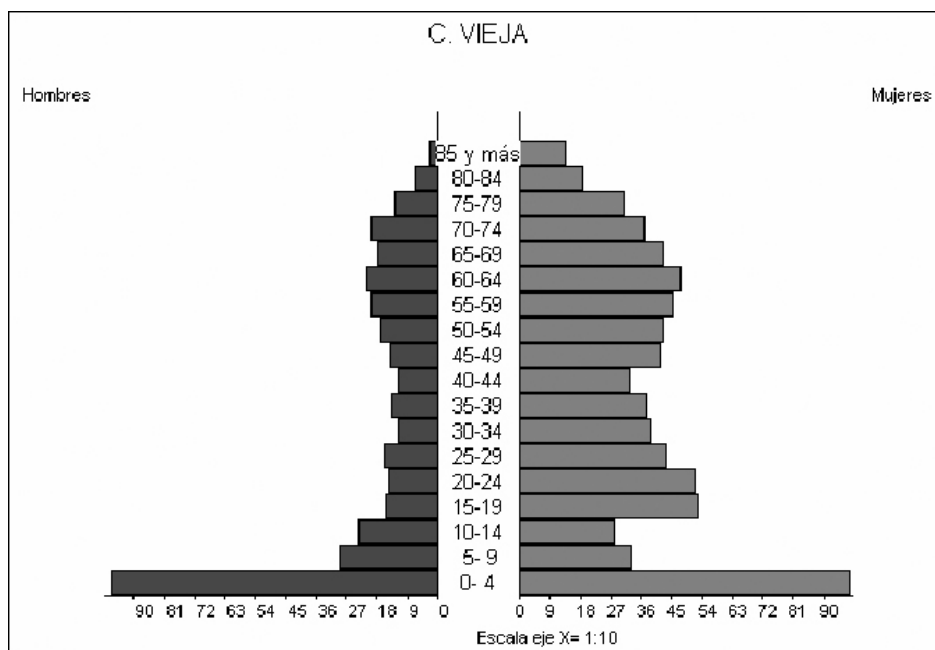
GRÁFICA N°4



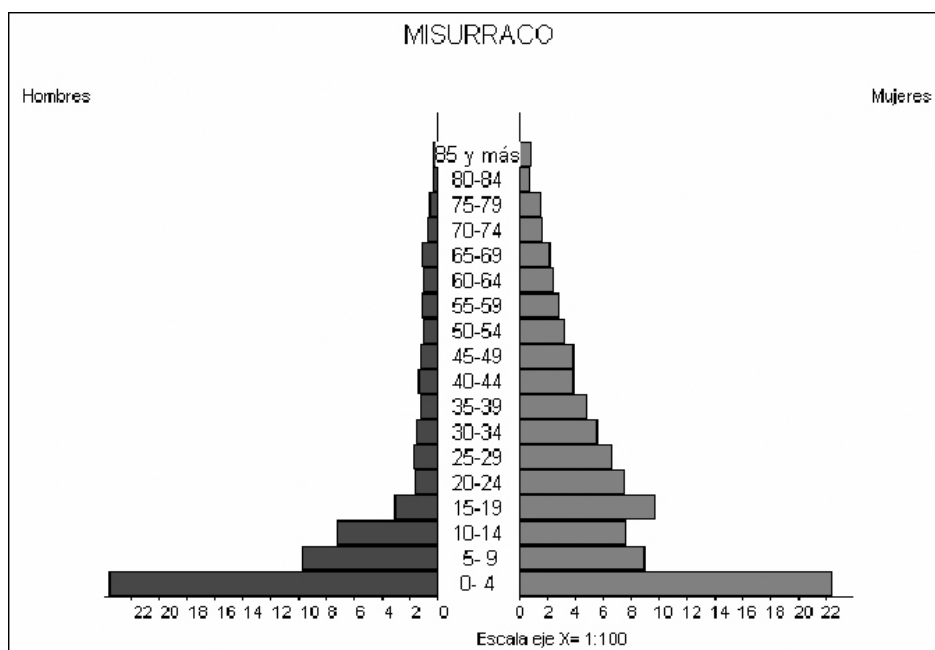
GRÁFICA N°5



GRÁFICA N°6



GRÁFICA N°7

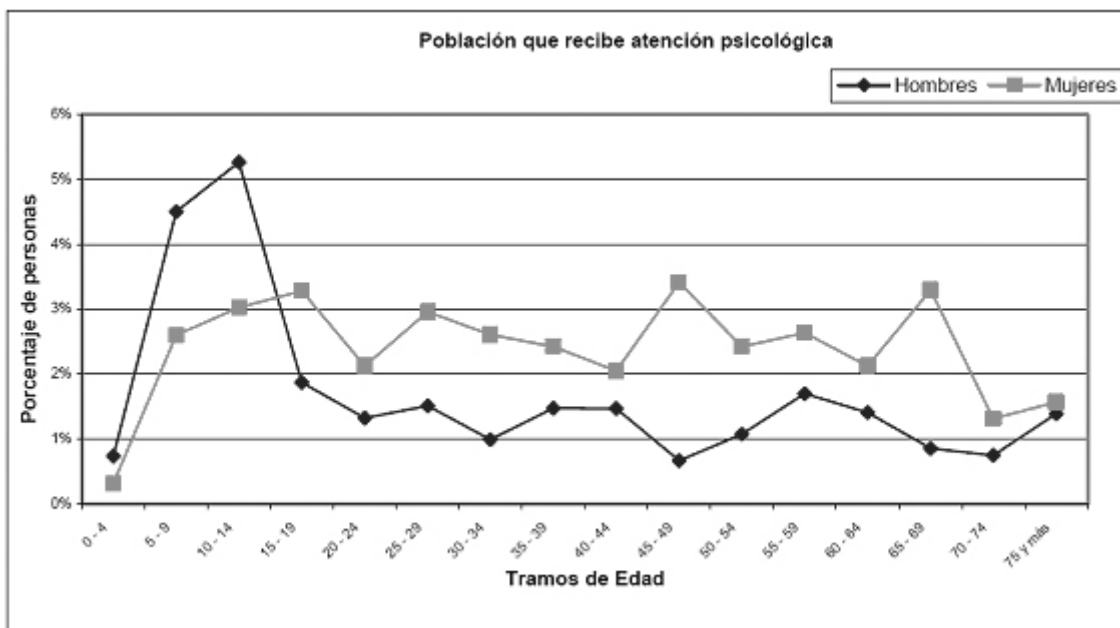


Es posible que las características socio demográficas de cada región, por ejemplo la trayectoria de los equipos en policlínicas de adolescentes que incluyan a varones, puedan incidir en mayor o menor grado en cada Centro de Salud. Pero siempre con la tendencia predominante de las mujeres.

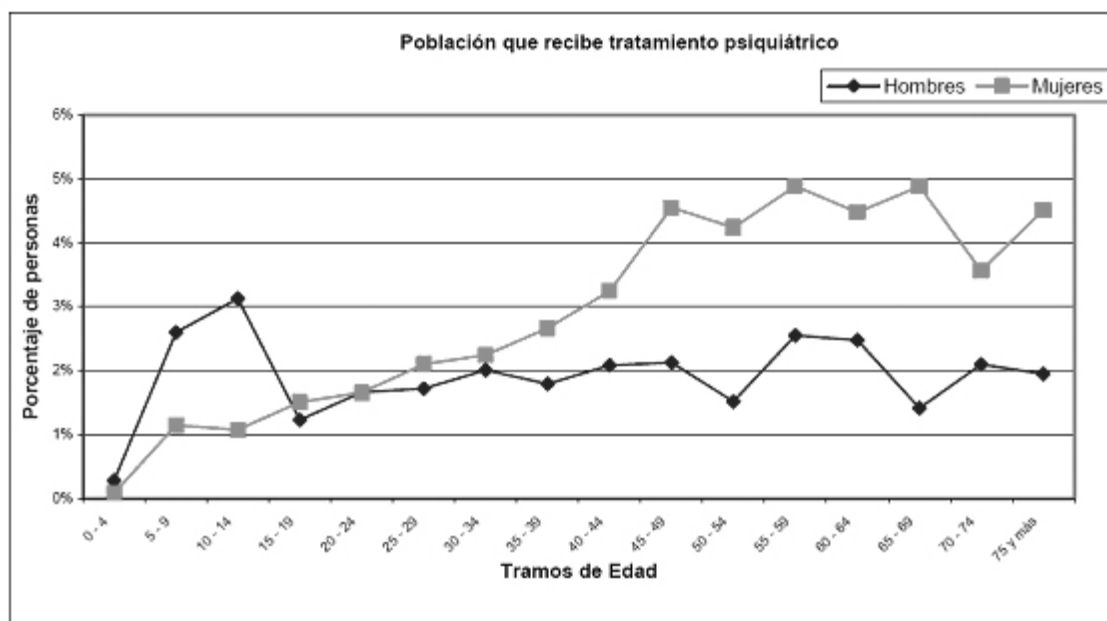
Atención psicológica y psiquiátrica

En el informe “Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento”, módulo de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (UNFPA, 2007) se da cuenta de las personas que se encuentran en tratamiento psicológico y psiquiátrico. “El 3.6% de la población se encuentra bajo atención psicológica (2.2%) y/o tratamiento psiquiátrico (2.4%). Esta característica es más intensa entre las mujeres (4.2%) que entre los hombres (3.0%). Con respecto a la atención psicológica, se distribuye en forma relativamente homogénea en los diferentes tramos de edad, especialmente en el caso de las mujeres ya que en el caso de los hombres es más fuerte en los tramos que coinciden con el ciclo escolar (entre 5 y 14 años). En lo relativo a las personas en tratamiento psiquiátrico el perfil de los hombres es similar. Sin embargo en el caso de las mujeres se nota una tendencia claramente creciente hasta el tramo de edad de 45 a 49 años para luego estabilizarse alrededor de ese nivel (4.8%).”

GRAFICA Nº 8



GRÁFICA N° 9



Fuente: INE, 2007

Enfermedades crónicas no transmisibles

Encuesta sobre Factores de riesgo en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Como vimos en apartados anteriores de este Informe, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la principal causa de morbi mortalidad en Uruguay, casi 70% de las defunciones, y también el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos. En 2006 la División Epidemiología llevó adelante la 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (División Epidemiología, DIGESA, MSP, 2009), con la finalidad de conocer la prevalencia de los factores de riesgo de las ECNT en la población adulta de 25 a 64 años de Uruguay.

Según el Estudio, la elección de los factores de riesgo a vigilar se hizo en base a los siguientes criterios:

- son los que tienen el mayor peso en la mortalidad y la morbilidad de las ECNT
- es posible lograr su modificación mediante acciones de prevención
- se cuenta con instrumentos válidos para realizar su medición
- su medición no presenta problemas éticos

En base a esos criterios se seleccionaron 8 factores de riesgo:

- consumo de tabaco
- consumo de alcohol
- dieta inadecuada
- sedentarismo
- presión arterial elevada
- glucemia elevada
- colesterolemia elevada
- creatininemia elevada.

Se utilizó la metodología STEPS, desarrollada por OMS/OPS para estos estudios y toma su denominación deriva del hecho que la medición de los factores de riesgo se realiza en diferentes pasos de acuerdo a los recursos y a las posibilidades de cada país:

- Paso 1 - Mediante la realización de un cuestionario se recoge información sobre los 4 "factores de riesgo conductuales": consumo de tabaco y alcohol, dieta inadecuada y sedentarismo.
- Paso 2 – Realización de mediciones físicas (peso, talla y presión arterial) para la medición de obesidad y presión arterial elevada
- Paso 3 - Recolección de muestras de sangre para medición de glucemia y colesterolemia.

En los resultados se deja constancia que se encontraron dificultades metodológicas para el cumplimiento de los pasos 2 y 3.

Según este estudio, los resultados más importantes fueron los siguientes: 33% de la población es fumador diario, 53% de la población se considera bebedor actual (consumió alcohol en los últimos 30 días), el consumo de frutas y/o verduras es en promedio de 3 porciones al día, 6 días a la semana y el 35% de la población es sedentaria. Más del 90% de la población presenta al menos uno de estos factores de riesgo para ECNT.

Sobre el consumo de tabaco

CUADROS N° 14 Y N° 15 (de este informe)

Siguiendo el estudio y como lo muestran las tablas:

Tabla 7. Porcentaje de hombres por consumo de tabaco según edad. 1ª ENFR Uruguay 2006

Grupo de edad (años)	Consumo de tabaco		Total
	Fumador	No fumador	
	% (IC)	% (IC)	
25 - 34	37.3 (29.8 - 45.0)	62.7 (54.0 - 70.7)	100.0
35 - 44	42.9 (34.5 - 51.3)	57.1 (48.7 - 65.5)	100.0
45 - 54	45.3 (38.1 - 52.5)	54.7 (47.5 - 61.9)	100.0
55 - 64	39.0 (31.4 - 46.6)	61.0 (53.4 - 68.6)	100.0
25 - 64	40.8 (37.0 - 44.6)	59.2 (55.4 - 63.0)	100.0

Tabla 8. Porcentaje de mujeres por consumo de tabaco según edad. 1ª ENFR Uruguay 2006

Grupo de edad (años)	Consumo de tabaco		Total
	Fumador	No fumador	
	% (IC)	% (IC)	
25 - 34	38.9 (33.2 - 44.6)	61.1 (55.4 - 66.8)	100.0
35 - 44	35.1 (29.7 - 40.5)	64.9 (59.5 - 70.3)	100.0
45 - 54	28.9 (23.7 - 34.1)	71.1 (65.9 - 76.3)	100.0
55 - 64	20.6 (16.2 - 25.0)	79.4 (75.0 - 83.8)	100.0
25 - 64	31.7 (28.9 - 34.5)	68.3 (65.5 - 71.1)	100.0

61

Fuente: Extractado de la publicación de referencia.

- Es algo menor en el grupo de 55 a 64 años, y muy similar en todos los demás grupos etáreos.
- Es mayor en los hombres que las mujeres 37,2% vs 28,6% ($p = 0,000$). Esta diferencia entre hombres y mujeres se observa en todos los grupos etáreos, siendo más importante cuanto mayor en edad es la población, con excepción del grupo de 25 a 34 años donde la proporción de fumadores es igual en hombres y mujeres ($p = 0,722$).

- El promedio de edad de inicio del hábito de fumar es de 17,9 años. Muestra una leve tendencia al descenso desde los mayores a los más jóvenes que no es estadísticamente significativa. Se observa una diferencia de edad más precoz de comienzo en los hombres que en las mujeres ($p = 0,000$).
- Un 15% de los no fumadores están expuestos al humo de tabaco en forma diaria, y hasta 24% por lo menos algún día. No existe diferencia significativa entre la exposición de hombres y mujeres, ($p = 0,492$).

Es interesante completar estos datos con los resultados obtenidos del Informe Temático Los uruguayos y la salud: situación, percepciones, comportamientos, elaborada a partir de la Encuesta Nacional de Hogares ampliada de 2006 (Ec. Fanny Trylesinski, UNFPA, UNDP, INE, Julio 2007).

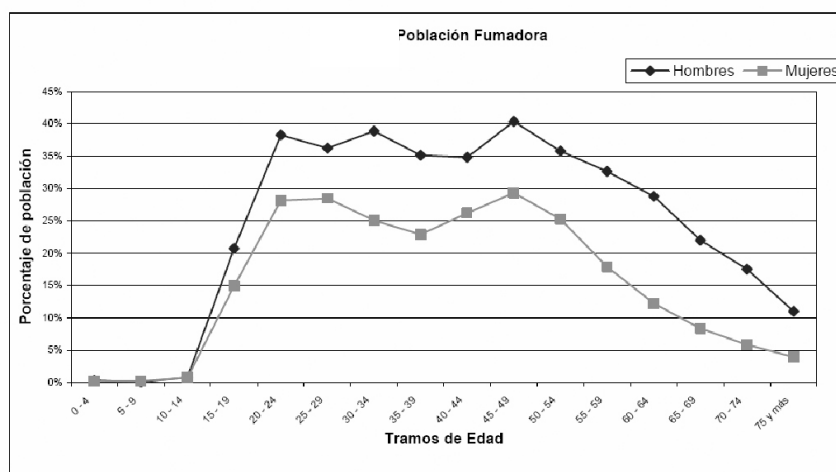
Los resultados de la ENHA muestran que el 19% de la población fuma siendo el porcentaje de hombres fumadores superior al de mujeres:

Hombres 23%
Mujeres 15%
Total 19%
Entre 25 y 64 años 29%.

La gráfica extractada de dicho estudio muestra como “en ningún tramo de edad el porcentaje de mujeres fumadoras supera al de hombres”.

GRÁFICA N° 10

Como se aprecia en la gráfica siguiente, en ningún tramo de edad el porcentaje de mujeres fumadoras supera al de hombres.



Fuente: UNFPA, UNDP, INE, Julio 2007

Sobre el consumo de alcohol

“El 73,5% ha consumido alcohol en el último año. Cuanto más jóvenes son las personas, más bebedores hay, tanto entre los hombres como entre las mujeres. Asimismo hay también una mayor proporción de bebedores entre los hombres que las mujeres (84,3% vs 63,7% $p = 0.000$)”.

En quienes han bebido en los últimos 30 días, el informe afirma que “se observa una diferencia significativa del grupo de 25 a 64 años respecto a los restantes grupos etarios. Asimismo hay una diferencia entre el porcentaje de hombres y de mujeres que son bebedores actuales, siendo mayor la proporción de aquellos. Dentro del sexo femenino se observa una mayor prevalencia en el grupo de mujeres más jóvenes”.

Cuando se hace referencia al consumo de vasos en hombres y en mujeres, como se aprecia en las tablas extractadas del estudio, se presentan claras diferencias: “un 54% de mujeres beben 1 solo vaso de bebida alcohólica mientras que sólo el 27% de los hombres se limitan a esa cantidad ($p = 0,000$)”.

CUADROS Nº 16 Y 17 (de este informe)

Tabla 20. Medidas de resumen de consumo de vasos de bebidas alcohólicas en hombres según edad. 1ª ENFR Uruguay 2006

Grupo de edad	Mínimo (vasos)	Media (vasos)	Mediana (vasos)	Máximo (vasos)
25 – 34	1	3.7	3.0	20
35 – 44	1	3.3	2.0	20
45 – 54	1	2.8	2.0	20
55 – 64	1	3.4	2.0	20
Sin datos	1	7.6	3.0	20
25 – 64	1	3.3	2.0	20

Tabla 21. Medidas de resumen de consumo de vasos de bebidas alcohólicas en mujeres según edad. 1ª ENFR Uruguay 2006

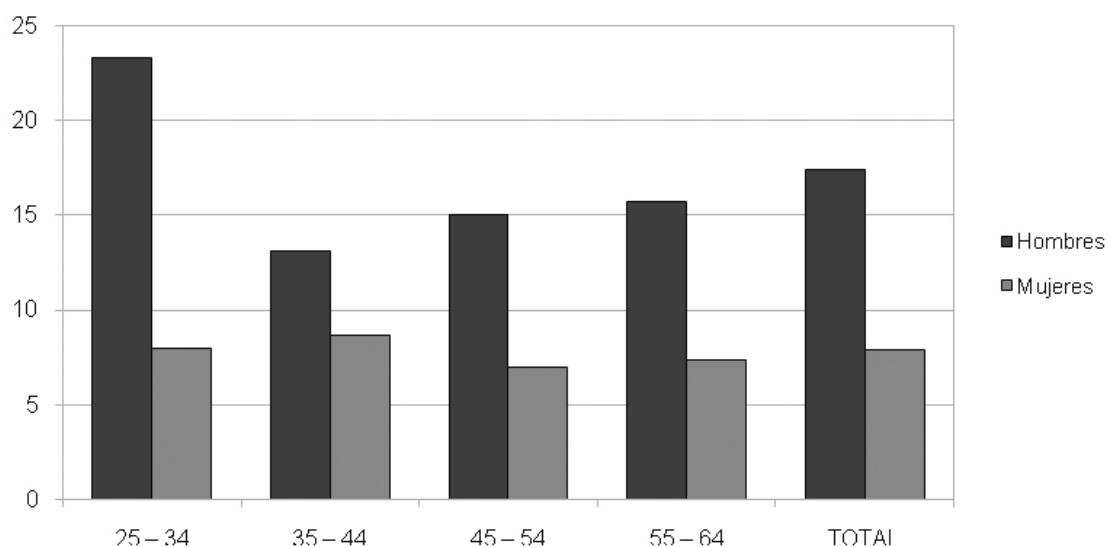
Grupo de edad	Mínimo (vasos)	Media (vasos)	Mediana (vasos)	Máximo (vasos)
25 – 34	0	2.1	2.0	12
35 – 44	1	1.9	1.0	12
45 – 54	0	1.7	1.0	14
55 – 64	0	1.5	1.0	5
Sin datos	1	2.1	3.0	3
25 – 64	0	1.9	1.0	14

Fuente: Encuesta sobre Factores de riesgo en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Sin duda, el exceso alcohólico es prevalente en los varones, como muestra el gráfico extractado de la Encuesta:

GRÁFICA Nº 11

**% de personas con abuso por ingesta de alcohol (binge drinking)
en bebedores de los últimos 7 días por sexo según edad**



Consumo de frutas y/o verduras

En cuanto al consumo de frutas y/o verduras, varones y mujeres no presentan grandes diferencias, siendo esta promedialmente baja según las recomendaciones nacionales e internacionales y sabiendo el factor protector que constituyen ante enfermedades crónicas como la diabetes y la obesidad, entre otras. Según la encuesta:

Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras:

Ambos sexos 84.9% (83.2 – 86.6)

Hombres 85.1% (82.2 – 88.0)

Mujeres 84.9% (82.7 – 87.1)

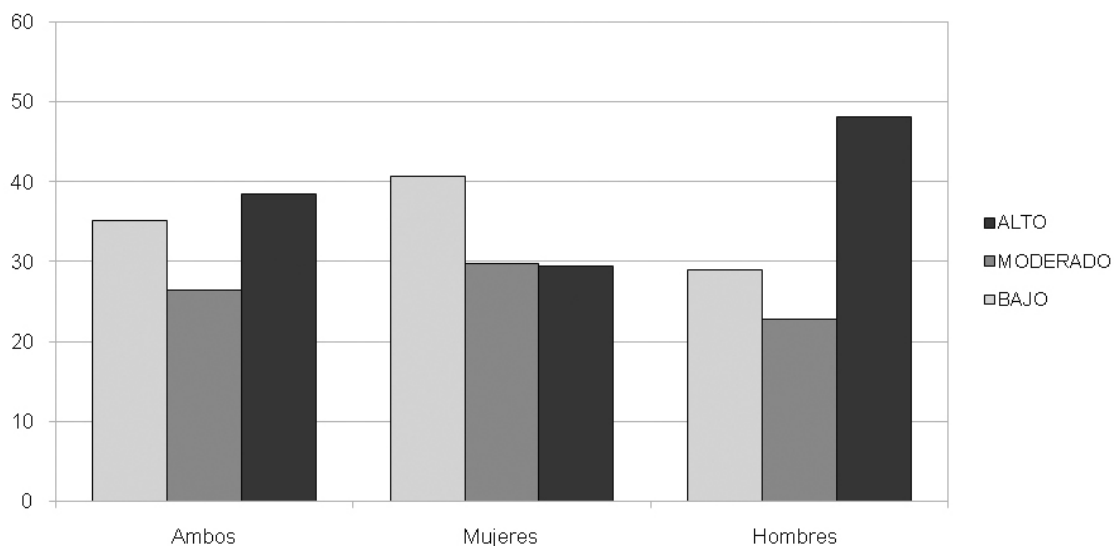
Actividad Física

La realización de actividades físicas, factor protector de la calidad de vida y ante las enfermedades crónicas no transmisibles, es medida en la encuesta a través del GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire) que es un cuestionario desarrollado por OMS. El mismo mide la actividad física que desarrolla una persona en el trabajo, el tiempo libre y en la forma de trasladarse de un lugar a otro. En base al tiempo y al tipo de actividad (moderada, intensa) que se desarrolla en los 3 ámbitos, se calculan los METs. El MET se define como 1kcal/ kg/hora y equivale a la energía que se consume estando sentado tranquilo. De acuerdo a esto un 35% de la población es sedentaria mientras que un 38% tiene un alto nivel de actividad física”.

Según los datos, como lo muestra el gráfico extractado del estudio, es claro que los hombres presentan mayores guarismos de actividad física que las mujeres.

GRÁFICA N° 12

% de personas por sexo según nivel de actividad



Finalmente, entre las conclusiones se menciona que: “La presión arterial elevada se halló con mayor frecuencia cuanto mayor es la edad de las personas, siendo de 10% en las personas de 25 a 34 y llegando a 70% entre los de 55 a 64 años. Según el índice de masa corporal 57% de la población tiene sobrepeso u obesidad. En conclusión, más del 90% de la población presenta por lo menos 1 factor de riesgo para ECNT”. Si bien algunos de estos datos no están discriminados por sexo, sin duda los varones cuentan con un riesgo importante, considerando además la morbilidad y la mortalidad que se presentan en nuestro Informe.

Atención de aspectos vinculados la sexualidad humana, disfunciones sexuales y otras problemáticas.

Con la excepción del estudio realizado en 1998 (Boero, G. y Herrera, T.) sobre disfunciones eréctiles, cuyos datos no se consignan por considerar que, dado el tiempo transcurrido han perdido vigencia; este equipo investigador no ha encontrado investigaciones actualizadas y publicadas al respecto de diagnóstico y prestaciones en sexualidad humana de varones. Paradójicamente, varios tópicos de las prácticas sexuales son uno de los ejes de la definición de la masculinidad hegemónica. Existen ofertas de consulta en materia de algunos aspectos de la sexualidad humana, desde variados enfoques y algunos estudios referentes a población de varones que se atienden en clínicas privadas, los cuales en su mayoría no integran el enfoque de género y derechos en sus resultados. Algunas investigaciones sobre servicios de salud sexual y reproductiva, exploran las dificultades en el cambio de paradigma y la predominancia de los aspectos reproductivos, fundamentalmente gineco – obstétricos (López Gómez et al, 2003, 2005) tanto en población adolescente como adulta. La consulta en aspectos vinculados al componente “salud sexual”, remiten casi exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de ITS.

Atención a la violencia en varones

Se han producido avances en la incorporación de la atención de las mujeres en relación a las situaciones de violencia doméstica, en el primer y segundo nivel de atención, en prestadores públicos y privados, en todo el territorio nacional, pero la atención a varones agresivos y violentos, aún no se ha consolidado en servicios específicos, más allá de algunas iniciativas puntuales de ONGs, desde algunas Comuna Mujer (ONGs – IMM).

El Plan Nacional de Lucha Contra la violencia Doméstica 2004-2010 en cumplimiento de la Ley, prevé la atención a varones y la voluntad política de avanzar en este tópico desde el Instituto Nacional de las Mujeres existe pero, la falta de recursos no ha permitido implementarlos.

Sí han existido iniciativas desde la Intendencia Municipal de Montevideo, en el marco del 2º Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (2007 – 2010) y posteriormente desde INMUJERES - MIDES, en aspectos de sensibilización para la prevención primaria, dirigidas a los varones.

Mortalidad y morbilidad de los varones uruguayos basadas en estudios cuantitativos

Los varones uruguayos tienen una esperanza de vida de 73 años², inferior al de las mujeres de 80 años³. Esto ha evolucionado con las siguientes características:

De acuerdo al procesamiento realizado por el equipo de investigación, basado en los registros del período 1997 – 2007, de la Dirección General de la Salud (MSP) se puede observar que:

- la mortalidad en términos, absolutos, se ha incrementado levemente
- el aumento en la mortalidad general se debe mayoritariamente a las cifras promedio de las mujeres
- los varones fallecidos en 2007 son 17.476 y los fallecimientos en mujeres alcanzan los 16.153.
- Las principales causas de muerte en promedio (período 1997 – 2007) son:
 - sistema circulatorio (30,7%)
 - tumores (25,2%)
 - respiratorio (10.1%)
 - causas externas (8.9%)
- Estas cuatro causas constituyen prácticamente el 75% de las muertes masculinas
- En las mujeres estas cuatro causas, que también son mayoritarias, suman el 70,5%.

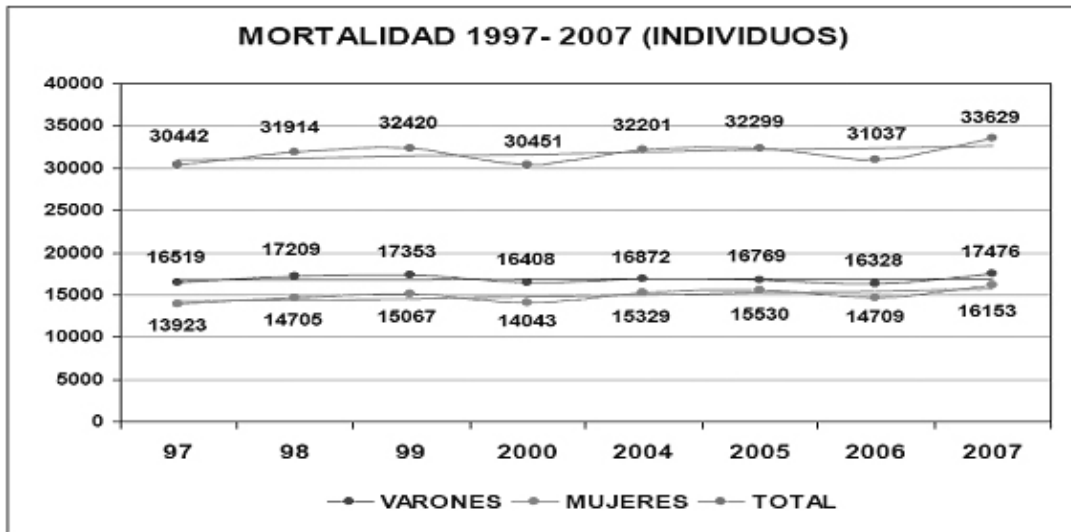
Las cuatro causas coinciden en idéntico orden con la mortalidad de los varones europeos⁴, con América Latina y especialmente con Brasil ((Laurenti et al, 2005; Schraiber, L. et. Al., 2005; Gomes, R. et. Al, 2007,etc.).

² Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población, revisión 2005.

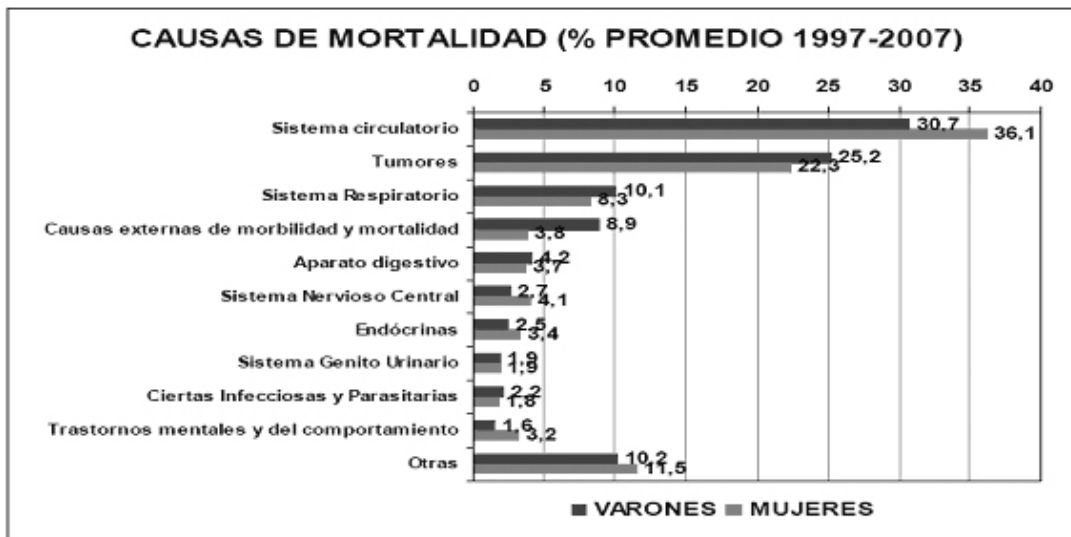
³ Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población, revisión 2005.

⁴ White, Alan and Cash Keith, "A report on the state of men's health across 17 european countries" The European Men's Health Forum

GRÁFICA N° 13



GRÁFICA N° 14



Mortalidad y morbilidad vinculadas a enfermedades del sistema circulatorio

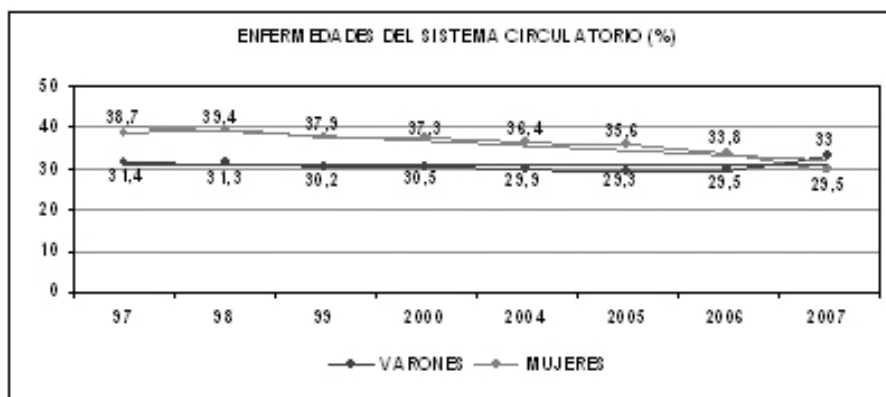
Esta es la principal causa de mortalidad en Uruguay.

En 2007, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en varones supera, con 5.770 casos, (33%) a la femenina, con 4.772 casos (29,5%).

En el año 2006 los casos masculinos eran de 4.816 (29,5%) y los femeninos de 4.974 (33,8%). En este breve lapso, se observa que la tendencia descendente de la mortalidad femenina y el ascenso de la masculina se entrecruzan.

Según el informe de la División Epidemiología y Estadística de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (2007), las defunciones por causas cardiovasculares tienen un pico en los varones, anterior en unos diez años con relación a las mujeres.

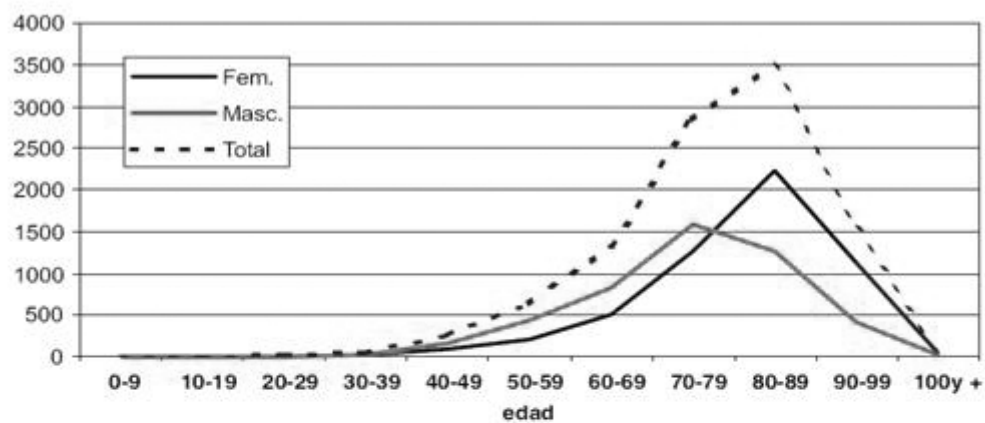
GRÁFICA N° 15



Fuente MSP, elaboración equipo de investigación.

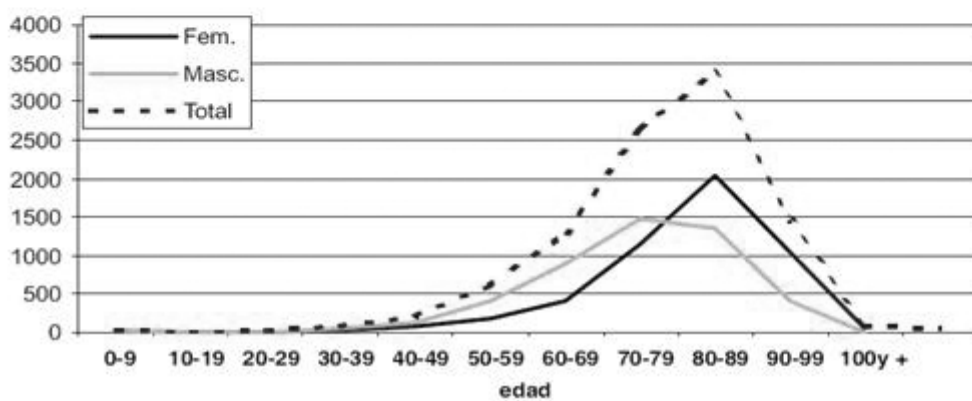
GRÁFICA N° 16

Uruguay 2006. Defunciones cardiovasculares según sexo y edad



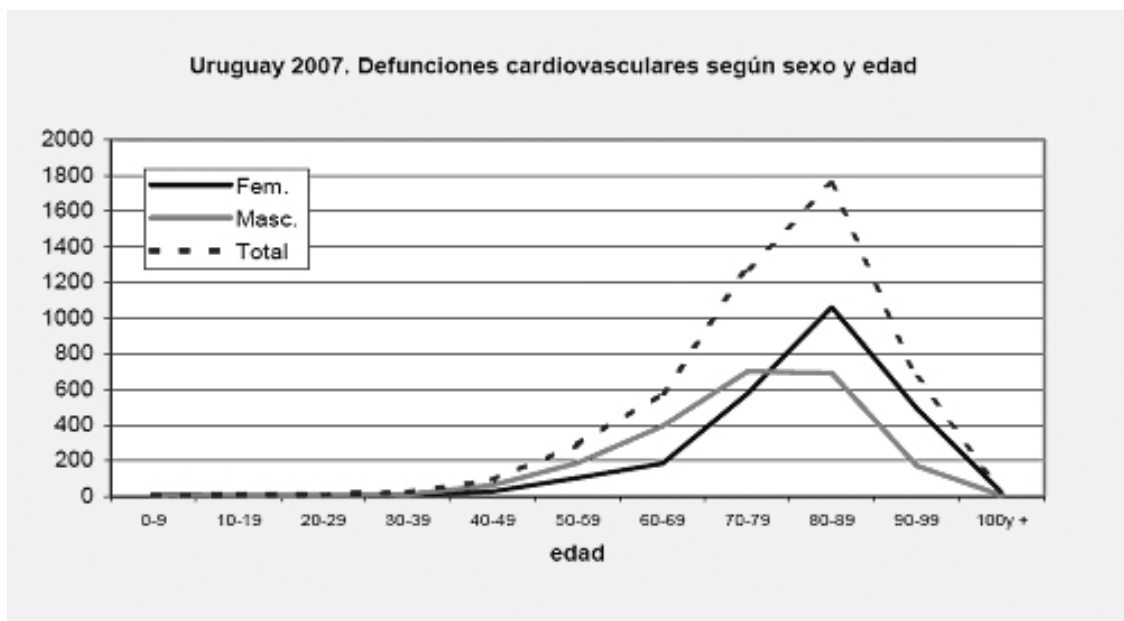
GRÁFICA N° 7

Uruguay 2006. Defunciones cardiovasculares según sexo y edad



Fuente: Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular

GRÁFICA N°18

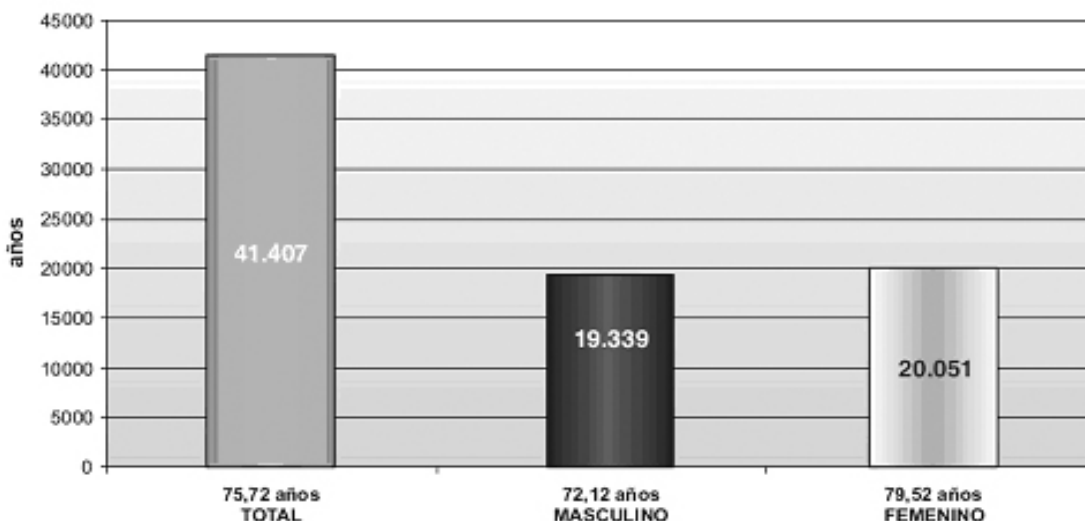


Fuente: Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular

Según el citado informe de la CHSV, “El número de defunciones por causa cardiovascular comienza con un importante incremento a partir de los 50 años de edad en la población femenina y a partir de los 40 años en la población masculina. Si bien los números totales de la mortalidad son bastante similares para ambos sexos, existen diferencias en cuanto a la evolución a lo largo de los grupos etarios. La curva de mortalidad masculina, por causa cardiovascular, evoluciona en forma paralela y con un desplazamiento de aproximadamente 10 años antes que las defunciones femeninas entre los 50 y los 79 años de edad. En los últimos años analizados (2005 y 2006) la mortalidad masculina, por estas causas, alcanza sus valores más elevados en las edades de 70 a 79 años, mientras que las defunciones femeninas tienen su máximo en la franja etaria de 80 a 89 años”. Así, los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por causa cardiovascular, en varones es similar a los de las mujeres, de acuerdo a la expectativa de vida calculada.

GRÁFICA N° 19

Años de vida potencial perdidos (AVPP) por causa cardiovascular. Uruguay (2006)



Fuente: Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular

Para 2007: el infarto agudo de miocardio (765) y las enfermedades isquémicas crónicas del corazón (735) constituyen las causas principales de muerte.

La insuficiencia cardíaca tiene su incidencia (410). Pero si son sumadas las diferentes causas vinculadas a los accidentes vasculares en el sistema nervioso central, ocupan un lugar destacado en la mortalidad masculina:

- infarto cerebral (365)
- hemorragias intraencefálicas (218)
- hemorragia subaracnoidea (64)
- AVE agudo no especificado (455)

Según la CHSV, "En el período analizado que incluye los datos desde 1997 a 2006, la tendencia de la Tasa de Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio (CIE10, I00 a I99) evoluciona de 331,78 a 301,99 cada 100.000 habitantes, con un valor promedio de 289,08 defunciones anuales cada 100.000 habitantes.

Si se analiza la mortalidad cardiovascular en relación a los principales grupos de estas patologías se observan importantes diferencias entre las afecciones isquémicas, las cerebrovasculares y las hipertensivas. La cardiopatía isquémica, que a principios del período estudiado representaba la mayor causa de muerte dentro de las enfermedades cardiovasculares, muestra una importante tendencia a la baja a lo largo de la década.

La evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, comienza con valores de 98,13 defunciones cada 100.000 h. en 1997 llegando a una Tasa 79,89 defunciones cada 100.000 h. en 2006, constituyendo el descenso mayor de mortalidad dentro del grupo de enfermedades cardiovasculares del período analizado.

Por su parte, las enfermedades cerebro vasculares, que también han registrado una tendencia a la baja en el período estudiado, presentan un menor descenso.

La mortalidad por enfermedades cerebro vasculares presenta al inicio de la década valores de mortalidad de 108,67 defunciones cada 100.000 h. en 1997, y alcanza a 98,06 defunciones cada 100.000 h. en 2006, mostrando una pendiente de tendencia casi horizontal, con una mínima variación. En el gráfico de mortalidad por causa se puede observar que, pese a que las enfermedades cerebro vasculares vienen teniendo una tendencia a la baja, han sustituido a las enfermedades isquémicas como principal causa de muerte dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares.

Finalmente en el gráfico se observa como el comportamiento de la Hipertensión Arterial ha involucionado en forma diferente a las anteriores.

Las enfermedades hipertensivas del aparato circulatorio exhiben una evolución inversa, con un notorio incremento progresivo. Aunque estas afecciones presentan una mortalidad menor, en valores absolutos, están vinculadas en un porcentaje importante como un factor adicional de las otras patologías.

La Tasa de Mortalidad por enfermedad hipertensiva comienza en 1997 con 12,29 defunciones cada 100.000 h. y en 2006 alcanza un nivel de 15,88 defunciones cada 100.000 h “.

GRÁFICA Nº 20 y 21 (de este informe)

Gráfico 11:
Uruguay 2005. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares según causa (CIE-10) y sexo

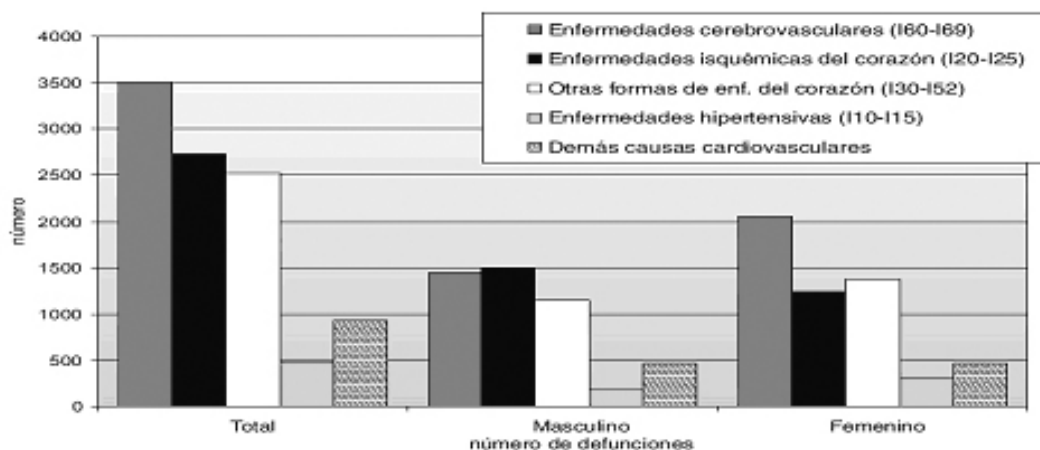
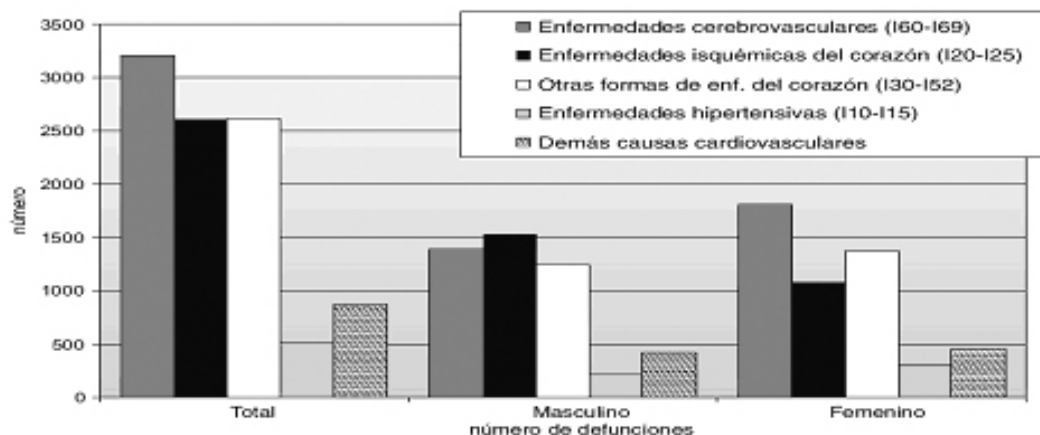
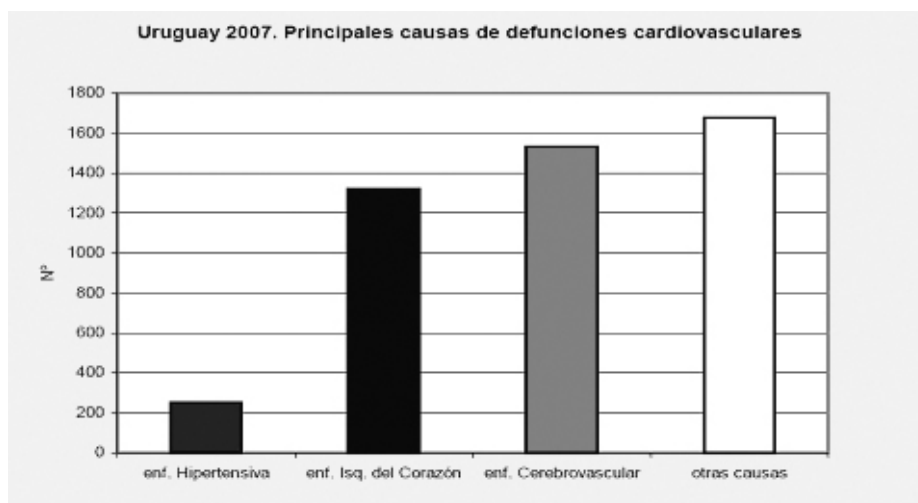


Gráfico 12:
Uruguay 2006. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares según causa (CIE-10) y sexo



GRÁFICA N° 22



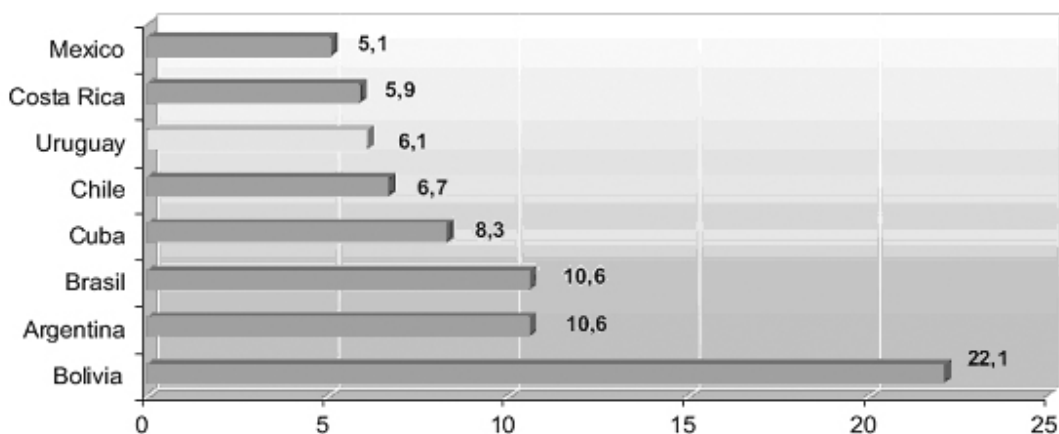
Fuente: CHSCV

Las enfermedades cardiovasculares son uno de 5 principales motivos de egresos hospitalarios en nuestro país, tal como consta en el Informe de la División Epidemiología y Estadística de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSV, 2007), cuyos gráficos se vienen citando.

En los egresos en varones por causas del sistema circulatorio, según Vigilancia Epidemiológica (DIGESA), en el sub sector privado, alcanza el 18,3% en 2005, 17,2% en 2006, 17,4% en 2007. Lo que ubica a esta causa como la principal causa de egresos en los varones. En una comparación de países seleccionados realizada por la CHSV, Uruguay queda ubicado, a mediados de esta década como puede observarse en la Gráfica n° 23.

GRÁFICA N° 23

Porcentaje de egresos por Enf. Cardiovasculares
Países seleccionados.



Fuente: CHSCV

En el módulo “Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento” de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (UNFPA, INE, 2007), se observa la menor percepción de los varones sobre la enfermedad hipertensiva. El informe destaca:

“La prevalencia declarada en el total de la población es del 12.3%. Está fuertemente asociada a la edad y es sensiblemente mayor entre las mujeres (14%) que entre los hombres (10%). Cabe destacar que en el caso de las mujeres la prevalencia en las mayores de 60 años llega a niveles muy altos (entre el 36% y el 42%) mientras en el caso de los hombres se estabiliza

alrededor del 30%. Esta meseta probablemente esté asociada a índices de sobrevivencia mucho menores en presencia de esta enfermedad. Entre los menores de 20 años, sólo declaran padecer esta enfermedad el 0.5% de los Encuestados”.

GRÁFICA N° 24



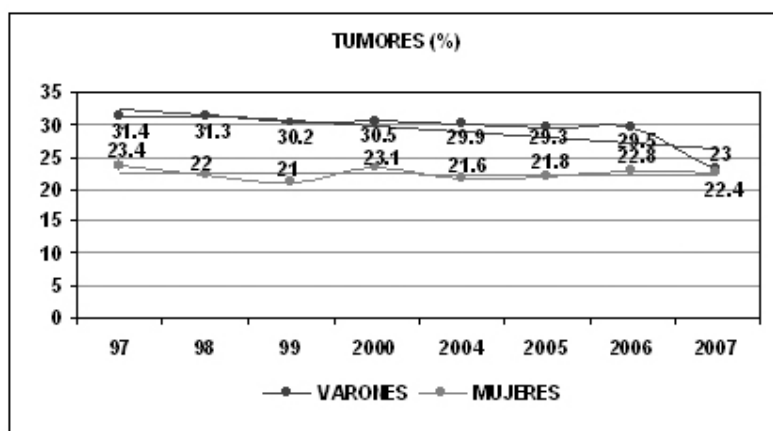
Fuente: Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (UNFPA, INE, 2007)

Lo que es destacable, desde el punto de vista del equipo de investigación es la escasa percepción masculina de una de las causas de mortalidad de los varones y uno de los factores de riesgo para otras patologías del sistema circulatorio (infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebro vasculares, etc.).

Mortalidad y morbilidad por tumores

La mortalidad por tumores ocupa la cuarta parte de todas las causas en varones. La misma ha tenido una tendencia levemente descendente en el período 1997 – 2007.

GRÁFICA N° 25



Fuente: MSP elaborado por el equipo de investigación

Los registros de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer de 1990 a 2005, muestran un descenso en la tasa ajustada a la edad en varones, con un incremento de algo más de 100 casos entre el primer y el último año considerado.

CUADRO Nº 18

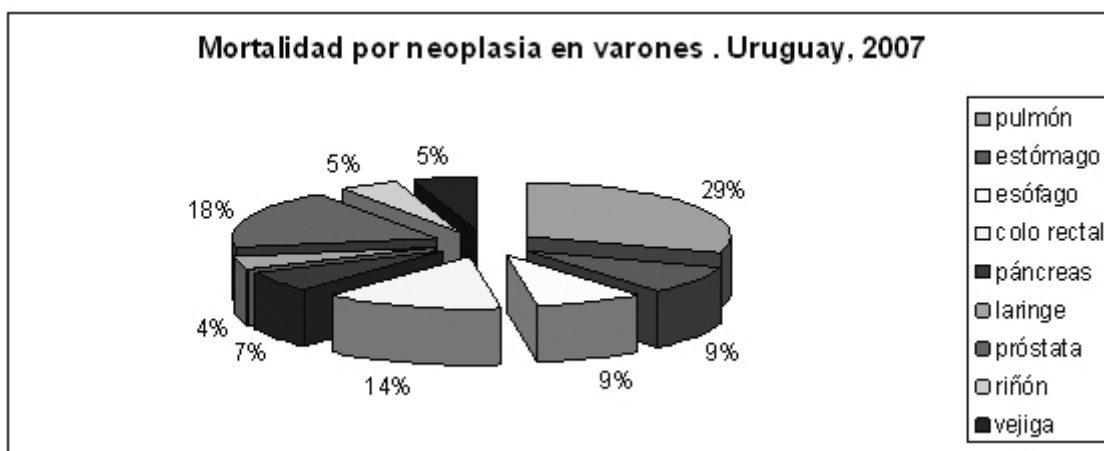
Año	Hombres		Mujeres	
	T.A.	Nº Casos	T.A.	Nº Casos
1990	209,78	4141	115,10	2918
1991	200,40	3985	115,20	2934
1992	200,58	4075	111,13	2954
1993	202,29	4141	111,28	2957
1994	200,04	4144	112,37	3059
1995	201,41	4176	113,06	3099
1996	197,69	4200	113,16	3176
1997	198,37	4229	112,35	3253
1998	194,16	4240	110,68	3202
1999	190,76	4186	106,16	3158
2000	191,60	4230	109,56	3255
2001	186,74	4229	105,55	3155
2002	188,71	4278	109,99	3368
2003	186,47	4257	103,93	3255
2004	184,10	4191	102,91	3229
2005	192,03	4248	107,87	3334

T.A.-Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar
(expresada en casos x 100.000).

Fuente Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Tomando las principales causas de mortalidad a causa de neoplasias en varones (con cifras mayores a 100 casos), la distribución para el año 2007 es la siguiente:

GRÁFICA Nº 26



Fuente: MSP. Elaborado por equipo de investigación

CUADRO N° 19

Mortalidad por neoplasias en varones, según localización (Uruguay, 2007)

Localización	N° de casos
Pulmón	950
Próstata	579
Colo rectal	444
Estómago	274
Esófago	269
Páncreas	207
Vejiga	157
Riñón	148
Laringe	114

Fuente: Registros DIGESA. 2008

Pulmón

Las neoplasias bronco pulmonares han tenido una tendencia descendente en los varones en el período 1990 - 2005, tanto en la tasa ajustada por edad como en el número de casos, mientras que la tendencia ha sido creciente en las mujeres en ambos ítems.

CUADRO N° 20

Año	Hombres		Mujeres	
	T.A.	N° Casos	T.A.	N° Casos
1990	57,09	1100	4,56	117
1991	54,22	1041	5,29	129
1992	52,77	1030	5,00	130
1993	53,31	1042	5,75	143
1994	51,25	1009	5,34	141
1995	56,62	1138	5,44	142
1996	50,50	1035	5,52	146
1997	51,01	1032	6,79	191
1998	50,88	1058	5,94	157
1999	47,88	1004	5,48	144
2000	49,86	1035	5,91	166
2001	48,20	1028	6,66	181
2002	49,05	1037	6,95	192
2003	47,93	1016	7,79	219
2004	42,94	925	7,21	199
2005	48,21	992	7,05	199

T.A.-Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar (expresada en casos x 100.000).

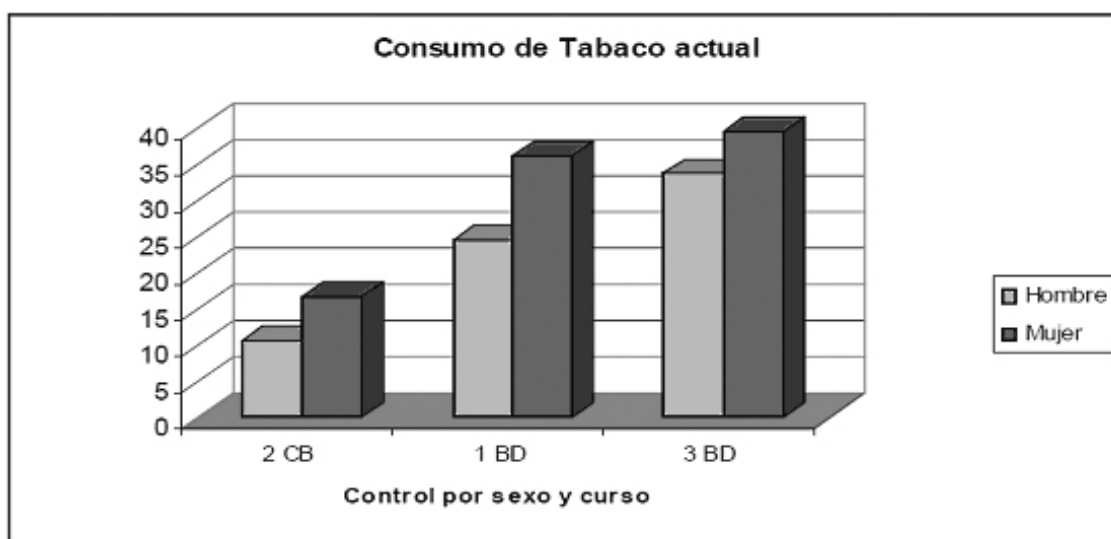
Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Sin dudas, las neoplasias bronco pulmonares tienen como antecedente el hábito de fumar.

De acuerdo con el estudio "II Encuesta Nacional de sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media (JND, 2006): "la experimentación con Tabaco (consumió alguna vez en la vida) hallada en el presente estudio fue del 53.3 %, pasando del 37.8% observado en 2CB a un 67.1 % al finalizar el ciclo de Enseñanza Media. El consumo es superior en Montevideo que en el Interior tomado en conjunto. **Las mujeres presentan un porcentaje superior a los hombres tanto en la experimentación como en el consumo habitual, donde la diferencia es significativamente mayor.** Una primera confirmación importante del estudio es el hecho que los episodios de experimentación se dan fundamentalmente en Ciclo Básico, observándose un incremento no significativo entre 1BD y 3 BD. En cuanto a la condición de fumador actual (fumó en los últimos 30 días), alcanza al 24.8 % de la población estudiada. Tomado por curso, al igual que el alcohol, se incrementa notoriamente entre 2CB y 1BD (entre los 13 y los 15 años), pasando del 14.1% al 31.0%, porcentaje que continúa aumentando para los alumnos del 3 BD pero en porcentajes netamente menores. **Las mujeres presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres, siendo esto especialmente notorio en los alumnos de 1 BD (15 años), confirmándose la notoria feminización del consumo.**

Sin embargo, comparando los resultados de este estudio con el realizado en el 2003 encontramos una alentadora disminución del consumo habitual de tabaco, pasando del 30.2% al 24.8% en este estudio. Si bien en el capítulo correspondiente detallaremos este aspecto, **adelantamos que esta disminución radica fundamentalmente en un descenso en la incorporación de fumadores hombres más jóvenes (2 CB) u abandono del hábito.** De todas formas, las tasas de consumo encontradas al finalizar Secundaria continúan siendo superiores al promedio de la población general por lo cual podemos señalar que de no continuar con las medidas preventivas respecto al tabaco, esta será una generación de fumadores. La tasa de incidencia (incorporación de nuevos experimentadores y/o fumadores) en el presente año es del 13.4%, donde el mayor peso relativo lo encontramos en los alumnos de 15 años promedio (16.2%), disminuyendo al 10.1% en los alumnos de 3 BD. La tasa de incidencia para alumnos mas chicos (2 CB) es del 12.8%".

GRÁFICA Nº 27



Próstata

La mortalidad por neoplasia de próstata ha tenido un crecimiento en los 15 años comprendidos en las estadísticas del Registro Nacional de Cáncer y el Programa de Vigilancia Epidemiológica de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, tanto en el número de casos como en la tasa ajustada por edad.

CUADRO N° 21

Año	T.A.	N° Casos
1990	21,01	469
1991	19,17	437
1992	19,96	470
1993	19,37	472
1994	21,80	525
1995	22,21	532
1996	22,97	567
1997	19,45	500
1998	21,60	568
1999	20,66	541
2000	21,61	568
2001	22,24	600
2002	19,77	546
2003	23,36	638
2004	24,01	657
2005	22,94	616

T.A.-Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar (expresada en casos x 100.000).

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Colo rectal

El cáncer colo rectal ha tenido un incremento en los varones, tanto en el número de casos como en la tasa ajustada por edad.

CUADRO N° 22

Año	Hombres		Mujeres	
	T.A.	N° Casos	T.A.	N° Casos
1990	17,00	343	13,51	389
1991	18,02	375	13,56	393
1992	19,62	415	13,98	432
1993	17,97	381	13,13	411
1994	17,16	369	13,11	422
1995	16,96	369	14,00	458
1996	19,26	426	14,62	461
1997	17,92	406	14,14	475
1998	16,57	381	13,82	444
1999	18,71	423	13,39	446
2000	19,23	442	13,72	455
2001	17,42	414	13,27	454
2002	18,25	441	13,15	474
2003	18,56	447	13,41	492
2004	17,99	428	13,14	472
2005	18,45	430	11,75	431

T.A.-Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar
(expresada en casos x 100.000).

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Estómago

La mortalidad por cáncer estomacal en varones ha tenido una tendencia descendente, tanto en la tasa ajustada por edad como en el número de casos. Algunos profesionales plantean que el avance en su detección y en las modalidades de tratamiento han incidido positivamente.

CUADRO N° 23

Año	Hombres		Mujeres	
	T.A.	Nº Casos	T.A.	Nº Casos
1990	16,13	324	6,09	182
1991	15,44	310	7,49	208
1992	13,04	278	7,21	219
1993	15,56	330	5,72	181
1994	17,24	368	6,29	189
1995	14,11	303	5,74	187
1996	14,36	308	6,23	192
1997	14,35	312	5,79	197
1998	13,52	297	5,07	170
1999	13,25	290	5,09	181
2000	12,78	286	4,80	160
2001	13,13	294	5,81	191
2002	12,28	283	4,64	164
2003	10,99	251	4,46	155
2004	10,89	245	5,03	167
2005	11,10	244	4,67	154

T.A.- Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar
(expresada en casos x 100.000).

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Páncreas

La mortalidad por cáncer de páncreas ha tenido un incremento en el número de casos y en la tasa ajustada a la edad, en los varones.

CUADRO N° 24

Año	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	T.A.	Nº Casos	T.A.	Nº Casos
1990	7,78	154	5,65	158
1991	7,86	158	5,47	144
1992	8,67	176	5,59	164
1993	7,24	149	4,83	141
1994	7,74	153	5,37	162
1995	7,64	157	5,64	174
1996	8,54	183	5,14	155
1997	7,83	169	6,04	200
1998	9,34	202	5,36	171
1999	8,64	188	6,77	211
2000	8,34	182	6,74	215
2001	9,24	206	5,24	185
2002	10,05	230	6,98	232
2003	8,65	195	6,77	226
2004	8,20	185	6,81	231
2005	9,53	210	6,45	204

T.A.-Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar
(expresada en casos x 100.000).

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Esófago

La mortalidad por neoplasia de esófago, ha disminuido con mayor intensidad en varones que en mujeres, según los registros de la CHLC. El descenso se registra en la tasa ajustada por edad y en el número de casos.

CUADRO N° 25

Año	Hombres		Mujeres	
	T.A.	Nº Casos	T.A.	Nº Casos
1990	10,71	212	2,99	91
1991	11,96	240	2,50	74
1992	11,16	224	2,95	93
1993	9,53	197	2,77	79
1994	9,56	197	2,77	84
1995	10,04	205	2,46	71
1996	9,12	193	2,50	85
1997	10,78	224	2,40	77
1998	8,86	198	2,73	86
1999	10,29	221	2,58	83
2000	9,60	212	2,85	95
2001	8,10	181	1,82	74
2002	9,07	199	2,02	77
2003	9,21	204	2,37	86
2004	8,77	200	2,26	86
2005	7,94	176	2,52	88

T.A.-Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar
(expresada en casos × 100.000).

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Vejiga

El cáncer de vejiga tiene una leve tendencia al descenso, si se considera la tasa ajustada a la edad, desde 1990 a 2005. El número de caso, con oscilaciones, se mantiene estable.

CUADRO N° 26

Año	Hombres		Mujeres	
	T.A.	N° Casos	T.A.	N° Casos
1990	7,06	149	1,40	49
1991	6,25	135	1,23	38
1992	7,82	165	1,25	43
1993	7,80	170	1,25	40
1994	7,44	167	1,29	49
1995	7,69	164	1,27	46
1996	7,04	155	1,42	52
1997	7,28	166	1,15	41
1998	7,27	164	1,29	50
1999	7,61	184	0,90	36
2000	6,89	170	1,27	53
2001	6,12	152	1,32	55
2002	6,00	156	1,09	52
2003	6,80	161	0,89	41
2004	6,12	158	1,04	47
2005	5,86	146	1,57	64

T.A.-Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar
(expresada en casos × 100.000).

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Riñón

La neoplasia de riñón ha tenido un incremento en el número de casos y en la tasa ajustada para la edad, de acuerdo a los registros epidemiológicos de la CHLC.

CUADRO N° 27

Año	Hombres		Mujeres	
	T.A.	N° Casos	T.A.	N° Casos
1990	5,26	103	1,45	40
1991	4,04	79	2,23	55
1992	5,26	105	1,91	49
1993	6,14	119	2,05	56
1994	5,75	116	1,89	50
1995	5,03	99	2,46	64
1996	6,00	127	2,23	65
1997	5,63	117	2,52	71
1998	7,13	147	2,10	62
1999	5,72	124	2,40	76
2000	6,84	144	2,53	77
2001	5,52	124	2,61	75
2002	6,69	146	2,21	70
2003	6,67	153	2,16	69
2004	6,65	148	2,37	68
2005	7,16	143	2,61	79

T.A.- Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar
(expresada en casos \times 100.000).

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Laringe

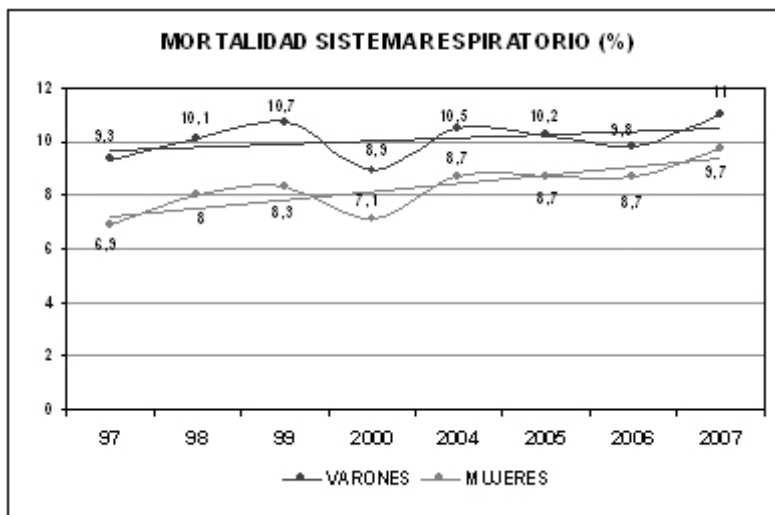
No se cuenta, en este caso con la tabla correspondiente del registro de la CHLC. Se destaca que, el número de casos para 2007 en varones es de 114, mientras que tan sólo 7 casos para mujeres.

Es evidente que algunos factores arraigados en determinadas modalidades de vivir como hombres, son factores asociados a algunas de las neoplasias aquí señaladas, así como de algunos oficios, con mayor exposición a factores tóxicos.

Mortalidad y morbilidad por causa vinculadas al sistema respiratorio

La mortalidad por causas respiratorias ha ido en aumento en nuestro país en la última década. Dentro de las principales causas, en los varones se destaca la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, con amplia predominancia frente a las mujeres y las Neumonías Agudas. Cabe considerar que en este ítem no son clasificados los tumores malignos de las vías respiratorias, de alta incidencia en la población de hombres.

GRÁFICA N° 28



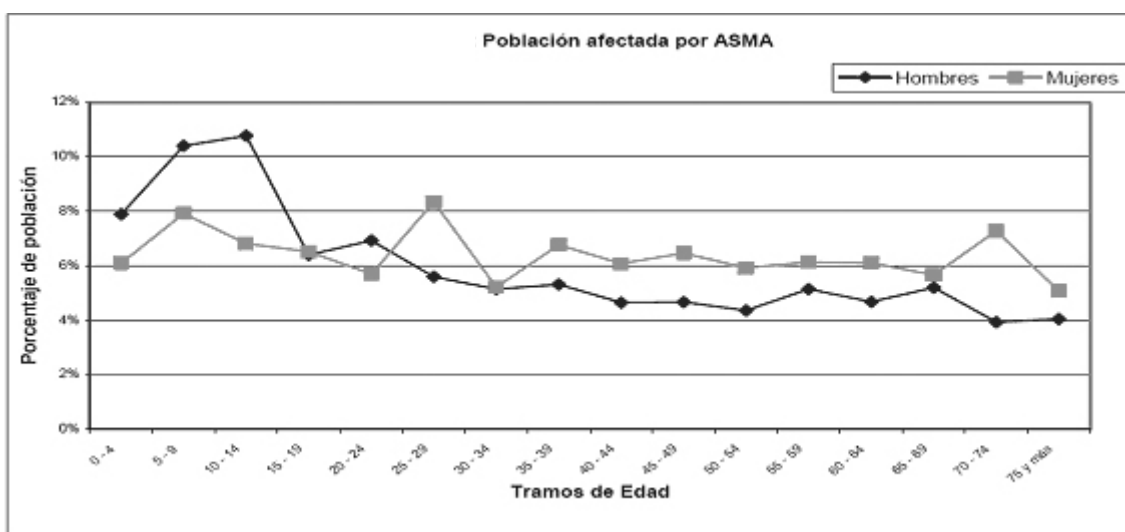
Fuente: Procesamiento equipo de investigación sobre datos MSP

Los egresos hospitalarios por causas respiratorias, se ubican entre las cinco principales, de acuerdo a la información de DIGESA de los últimos años.

La EPOC tiene una alta incidencia en Uruguay, tal como lo indica el estudio “Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto PLATINO en Montevideo” (Muiño, A. et al, 2005). Está demostrada la asociación de la EPOC y el tabaquismo, y los varones mantienen las cifras más altas en relación a esta adicción, aún cuando en las mujeres hayan tenido un incremento en las últimas décadas, como se indicó en el acápite correspondiente a cáncer de pulmón.

Por otra parte, de acuerdo al módulo “Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento” de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, la percepción de considerarse asmático en la población encuestada alcanza en el total de la población, un 6.4%, similar en ambos sexos. Hay un pico en varones en los tramos de 5 y 14 años de edad. Luego, los varones tienen una menor prevalencia.

GRÁFICA N° 29

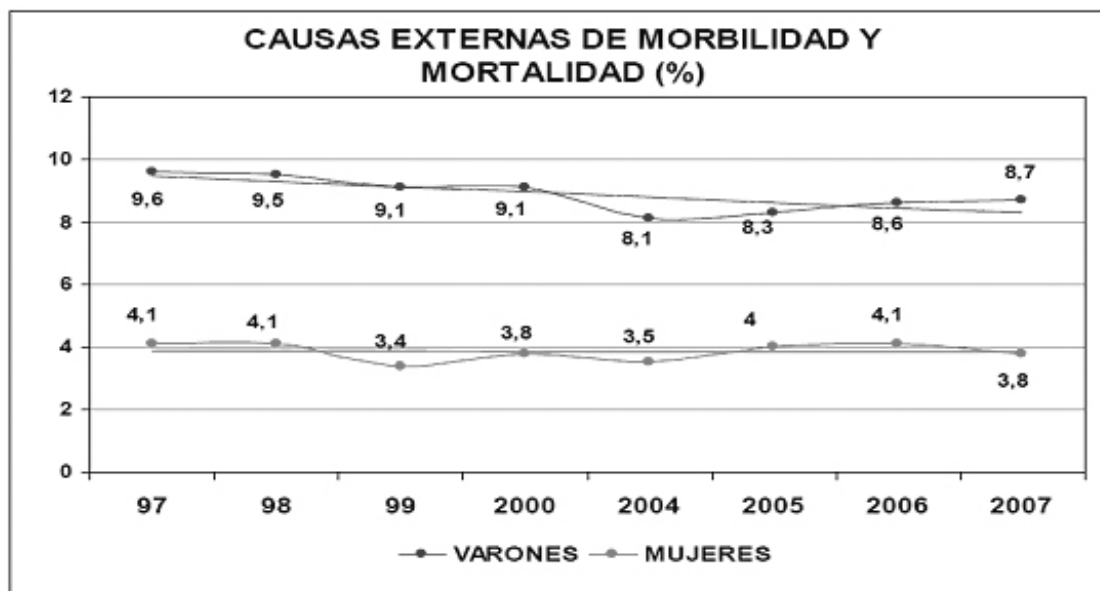


Fuente INE

Mortalidad y morbilidad por causas externas

La mortalidad por causas externas reúne un conjunto de situaciones vinculadas fuertemente a los aspectos sociales, culturales y vinculares de los procesos salud – enfermedad. Alcanzan en 2007, en conjunto un total de 1253 casos en varones, frente a 611 en mujeres. Estas cifras han oscilado levemente en los últimos años.

GRÁFICA N° 30



Fuente INE

En los varones, las lesiones auto-infligidas por armas de fuego superan a las mujeres en 2007, en una relación de 6:1. En otras formas de suicidio, también los varones son la mayoría de los casos. Por ejemplo, en los suicidios por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación la relación varón/mujer es de 4:1.

Los accidentes vehiculares también tienen una clara predominancia de los varones, pero también otros accidentes vinculados a aspectos laborales, manejo de sustancias, etc.

En el año 2000, un estudio del Dr. Federico Dajas mostraba que “existe una tasa de suicidio en Uruguay que se ha mantenido constante a lo largo del siglo, habiendo experimentado un incremento sobre los fines de la década de los 90, sobre todo en 1998, el que ya ha comenzado a retroceder. En el año 2000, ya se señalaba que el incremento se da sobre todo en el suicidio masculino, en Montevideo, en hombres jóvenes y en edad madura temprana de la vida”.

De acuerdo al Estudio “Panorama de la violencia., la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos. Tendencias y perspectivas”. (PNUD, MI, 2008):

“Los hombres representaron durante 2006 el 94% de los procesados por homicidio y por rapiña. De forma similar, los procesados de sexo masculino constituyeron el 93% del total de procesados por lesiones.

Un estudio que enfoca los homicidios ocurridos en Montevideo entre 2003 y 2005 muestra, por ejemplo, que el 60% de los hombres que mataron a sus esposas en ese período se suicidaron o intentaron hacerlo en forma inmediatamente posterior al homicidio (Donnangelo, 2006; 2007).

CUADRO N°28

MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS SEGÚN SEXO Y TRAMOS DE EDAD

	TOTAL	15-29	30-44	45-59	60-74	75 y más	Sin Datos
Accidentes vehículos/transporte	462	120	109	81	73	44	13
Masculino	346	98	85	64	54	27	8
Femenino	116	22	24	17	19	17	5
No Indicado	0	0	0	0	0	0	0
Otros accidentes	851	102	61	108	136	304	29
Masculino	557	88	78	82	106	134	24
Femenino	292	14	13	26	30	169	5
No Indicado	2	0	0	0	0	1	0
Eventos autoinflingidos	609	130	95	134	107	78	15
Masculino	472	105	106	101	76	64	14
Femenino	137	25	33	33	31	14	1
No Indicado	0	0	0	0	0	0	0
Agresiones	150	54	28	25	11	3	11
Masculino	117	43	31	21	7	1	9
Femenino	33	11	8	4	4	2	2
No Indicado	0	0	0	0	0	0	0
Otros	66	3		5	10		3
Masculino	33	3	2	3	5	14	2
Femenino	31	0	4	2	5	18	1
No Indicado	2	0	2	0	0	0	0
Total	2138	409	390	353	337	461	71
Masculino	1525	337	306	271	248	240	57
Femenino	609	72	82	82	88	220	14
No Indicado	4	0	2	0	0	1	0

Con la excepción de los homicidios en que autor y víctima estaban relacionados por vínculos conyugales o sentimentales, la probabilidad de las mujeres de ser víctima de un homicidio es apreciablemente más baja que la de los hombres. Mientras las mujeres representaron el 52% de la población del país durante 2006, constituyeron sólo un 27% de las víctimas de homicidio en dicho año. La menor probabilidad femenina de ser víctima de un homicidio no es un fenómeno limitado al año 2006, sino que presenta una remarcable consistencia a lo largo del tiempo. Si bien las mujeres tienen una probabilidad relativamente baja de ser víctimas de un homicidio (al menos en comparación con los hombres), dicha probabilidad es apreciablemente más alta que la de cometer un homicidio. Vale decir que la participación de las mujeres entre las víctimas de homicidio es significativamente más alta que su participación entre los autores de este tipo de hecho (cuadro 12). El cuadro permite apreciar que, durante 2006, las mujeres representaron apenas el 6% de los procesados por homicidio, mientras que constituyeron el 27% de las víctimas de este tipo de acto de violencia.

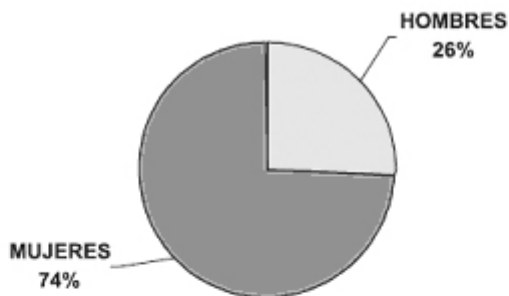
En otras palabras, la incidencia de las mujeres entre las víctimas es cuatro veces más alta que entre los autores de homicidio”.

De hecho, el homicidio a manos de una pareja o ex pareja es la forma más frecuente de homicidio que sufren las mujeres, cosa que no ocurre entre los hombres (que con mucha mayor frecuencia mueren a manos de personas que no son sus parejas, especialmente conocidos del mismo sexo). La fuerte incidencia, entre las víctimas mujeres, de los homicidios cometidos por sus parejas o ex parejas, puede ser apreciada en el gráfico correspondiente.

En un estudio de prevalencia realizado para el Banco Interamericano de Desarrollo (Herrera, 2003) la presencia de violencia hacia la mujer por parte del esposo o conviviente estaba presente en un tercio de los hogares de Montevideo y Canelones.

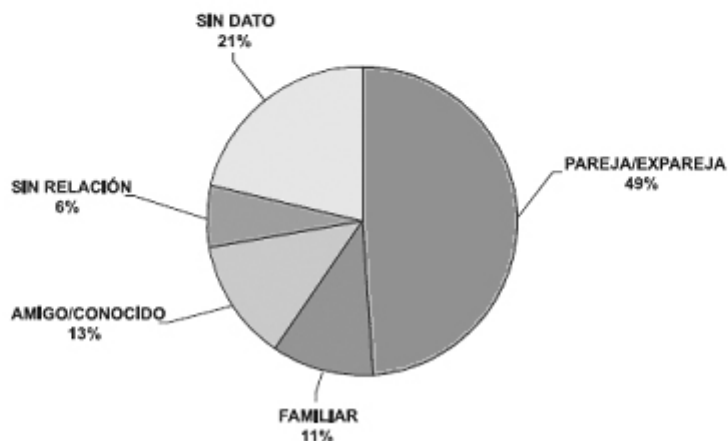
GRÁFICA Nº 31 Y 32

PERSONAS VÍCTIMAS DE SU PAREJA O DE UNA EXPAREJA, POR SEXO
(Montevideo, 2003 - 2005)



Fuente: elaboración en base a datos tomados de partes policiales – Min. Interior.
Notas: basado en 31 homicidios.

MUJERES VÍCTIMAS DE HOMICIDIO, POR TIPO DE RELACIÓN CON EL AUTOR
(Montevideo, 2003 - 2005)



Fuente: elaboración en base a datos tomados de partes policiales – Min. Interior.
Notas: basado en 47 homicidios; la relación es la de la víctima hacia el autor.

En efecto, la probabilidad de que una mujer resulte lesionada por una persona con la cual mantiene o mantuvo vínculos sentimentales es alrededor de cinco veces más alta que la de los hombres (24% de las mujeres contra 4,7% de los hombres). De modo similar, mientras que solamente el 11,8% de los hombres resultan con lesiones provocadas por parientes distintos de sus parejas, casi una de cada cinco víctimas mujeres está en tal situación (17,1%).

CUADRO N° 29

**Víctimas de lesiones intencionales por sexo,
según tipo de relación con el autor.**

Montevideo y Canelones. 1er. trimestre 2007 (en porcentajes)

Relación con el autor	Hombre	Mujer	Total general
Pareja/ex pareja	4,70%	24,10%	14,00%
Otro parentesco	11,80%	17,10%	14,40%
Amigo/conocido	56,00%	49,40%	52,90%
Sin relación	27,50%	9,40%	18,80%
Total general	100%	100%	100%

Fuente: elaboración en base a datos tomados de partes policiales - Min. Interior.

Nota: la relación es la de la víctima hacia el autor.

En cuanto a los accidentes de tránsito, se ha realizado un estudio de la Junta Nacional de Drogas (dependiente de al Presidencia de la República), a partir de la labor del Observatorio Social Metropolitano de Tránsito y el Observatorio Uruguayo de Drogas. Dicho estudio, denominado "Incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito en el Uruguay: Generación de un Sistema de Información Permanente" aporta información de alto interés, entre otros aspectos, a la salud de los varones. De alguna forma, este estudio cuestiona algunas afirmaciones de trabajos anteriores, tomando un período ventana de observación (noviembre de 2006). Destacamos, a los efectos de este informe que:

"El total de los involucrados en los siniestros que integran la muestra es de 299, la utilización del número total de involucrados no presenta dificultades ya que no se registran siniestros donde dos o más de ellos tengan análisis positivos de alcohol. La distribución obtenida por sexo indica que en el período ventana los involucrados en siniestros de tránsito del sexo masculino fueron 262 (88%) y que los del sexo femenino fueron 37 (12%). El número de casos femeninos es muy bajo respecto al de varones, pero esto no implica nada significativo si no se calcula la cantidad de mujeres en la circulación vial. Los 33 involucrados con presencia de alcohol representan el 11% del total relevado, y nos indica la necesidad de indagar específicamente sobre la presencia de alcohol en el tránsito en general. La diferencia en la participación en los siniestros de tránsito por sexo, precisa de un estudio que permita conocer el tiempo de conducción por género en el área referida, para ser analizada".

Pero si observamos el grado de alcoholemia en los varones, ésta es importante.

CUADRO N° 30

Cuadro 8. Número de involucrados con presencia detectada de alcohol por sexo según resultado de análisis. Nov- dic. 2006.			
Resultado de análisis	Sexo		
	Total	Masc.	Fem.
Total	33	30	3
Desde 0 hasta 0,3	7	6	1
Desde 0,3 hasta 0,8	5	4	1
Desde 0,8 hasta 2	6	5	1
2 o más	15	15	0

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF.

De los 716 siniestros de tránsito ocurridos en el mes de mayo de 2009, en jurisdicción de la Intendencia Municipal de Montevideo, 8 han sido fatales y 95 graves y 596 leves. Según el Informe de Siniestros, de la IMM, el 58.8% de los conductores son menores de 40 años. En los accidentes fatales, la totalidad corresponde a hombres, mientras que en los graves y leves el porcentaje ronda el 85%.

CUADRO N° 31

Participación de conductores (en %) en siniestros de tránsito, según sexo y gravedad del siniestro en mayo de 2009

	Fatal	Grave	Leve
Femenino		15,19	14,55
Masculino	100	84,81	85,45

Fuente IMM

La epidemia del VIH/SIDA

La epidemia del VIH-SIDA en Uruguay es de tipo concentrada, con una prevalencia de VIH inferior al 1% en población general y superior al 5% en poblaciones vulnerables, con dificultades de acceso a los servicios de atención y a las acciones de prevención y / o con prácticas de riesgo, en particular, personas privadas de libertad (PPL), usuarios/as de drogas, trabajadores/as sexuales masculinos y femeninas, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas trans, entre otras.

Según los Estudios Centinela, la evolución de la epidemia evidenció una tendencia creciente de la prevalencia del VIH hasta 2004, cuando parecería haber llegado a una cierta estabilización (meseta): 0,24% en el 1996, 0,27% en 1998, 0,23% en 2000, 0,36% en 2002, 0,45% en 2004 y 0,42% en 2008.

La epidemia se concentra en Montevideo (77%) y si sumamos los casos registrados en los Departamentos de Maldonado, Artigas, Rocha y Rivera se llega al 90% de los casos VIH/SIDA del país.

CUADRO N° 32

Casos de VIH / SIDA y sus tasas respectivas por 100.000 habitantes, por departamento, en totales acumulados, 1983/2007.

DEPARTAMENTO	Casos VIH	Tasa VIH	Casos SIDA	Tasa SIDA	Población
MONTEVIDEO	5435	404,8	2434	181,3	1.342.474h.
MALDONADO	204	138,4	71	48,2	147.391h.
RIVERA	176	161,1	69	63,1	109.267h.
ROCHA	90	127,5	28	39,6	70.614h.
ARTIGAS	91	114,7	43	54,2	79.317h.
CANELONES	474	93,1	210	41,2	509.095h.
SubTotal del País	90,3	286,5	90,5	126,4	67,9

Fuente: MSP INFORME EPIDEMIOLOGICO VIH/SIDA.-31/12/2008

CUADRO N° 33
Prevalencia según Estudios Centinela

AÑO	PREVALENCIA (%)
1996	0,24
1997	0,26
1998	0,27
2000	0,23
2002	0,36
2004	0,45
2006	0,45
2008	0,42

Fuente: MSP INFORME EPIDEMIOLOGICO
VIH/SIDA.-31/12/2008

A continuación, se presenta la prevalencia en grupos vulnerables (por prácticas de riesgo y / o situación socio-económica desfavorable):

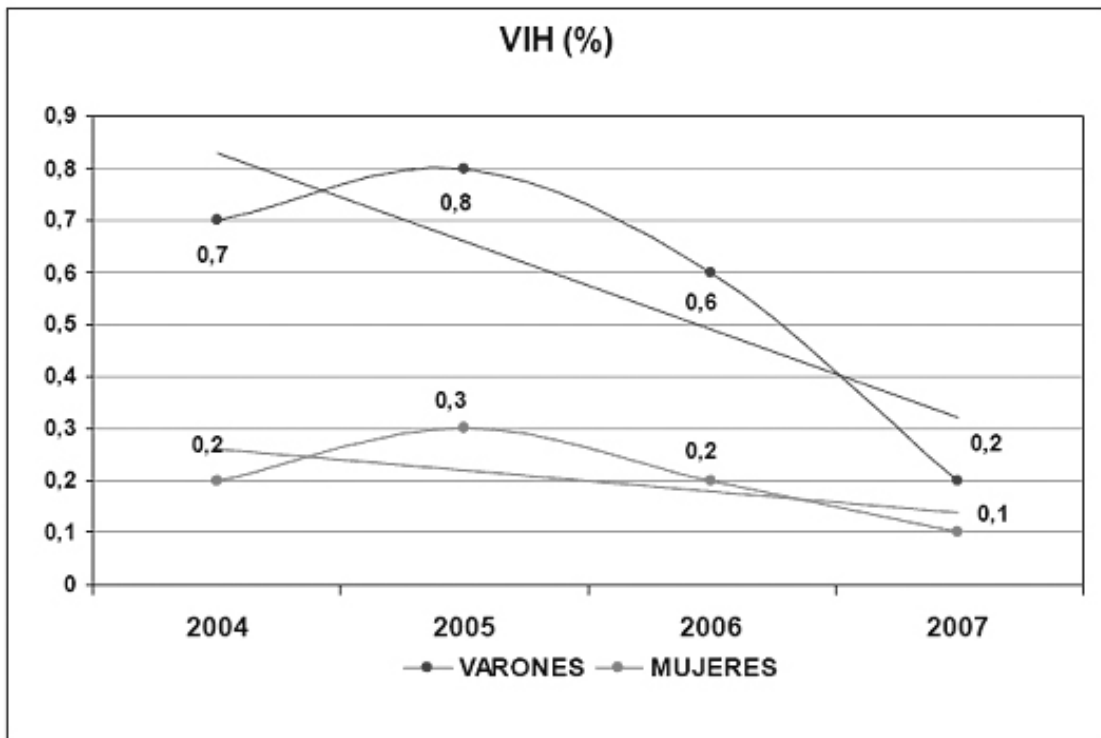
- Usuarios/as de drogas inyectables, 18.5% (2003 – 2004)
- Usuarios/as de Cocaína no inyectable, 9.5% (2002 – 2003).
- Cárcel de hombres de Canelones, 5.5% (2008)
- Trabajadores sexuales masculinos y Travestis, 19.5% (2008)
- Hombres que tienen sexo con hombres, 9% (2008).

Otros datos relacionados:

- PPL en Cárcel de Varones de Canelones, del 64,6% que tenía visitas conyugales, 63% nunca usó condón.
- PPL en Cárcel de Varones de Canelones, del 13% que tuvo relaciones con otros PPL, solo 28.6% usó condón.

El acceso al TARV (Tratamiento Antirretroviral) esta normatizado por la Resolución N°171 / 1997 que define el acceso universal de medicamentos antiretrovirales a todas las personas viviendo con el VIH que lo requieran, tanto en el sub sector público como el sub sector privado. Sin duda, esta es una de las razones fundamentales de la reducción de la mortalidad que puede apreciarse en la gráfica siguiente:

GRÁFICA N° 33



Fuente: MSP, elaboración del equipo

Según el Informe Epidemiológico VIH/SIDA del 31.12.08, (Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División Salud de la Población, Departamento de Epidemiología, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Sector ITS- IH-SIDA), existen 11.125 casos notificados acumulados desde 1983 (aproximadamente 70% VIH y 30% SIDA).

CUADRO N° 34
Distribución de casos VIH/ SIDA notificados acumulados

Año	VIH/SIDA	VIH+	SIDA
1989	495	412	83
1992	1.418	1.083	335
1995	2.505	1.821	684
1998	4.041	2.848	1.193
2003	7.382	5.106	2.276
2004	8.154	5.631	2.523
2006	9.829	6.842	2.987
2008	11.125	7.766	3.359

Fuente: MSP INFORME EPIDEMIOLOGICO
VIH/SIDA.-31/12/2008

La epidemia de VIH continúa siendo mayormente masculina, aunque la evolución de la relación Hombres / Mujeres pasa de 6,6/1 en 1992 a 3/1 en 2002, manteniéndose relativamente estable desde entonces. Si se consideran la totalidad de los casos HV/SIDA notificados hasta la fecha, la relación es de 2/1 (64.5% Varones y 34.5% Mujeres, al 2009). Hay una feminización de la oferta de la prueba del VIH, notablemente en los centros de atención prenatal, incluyendo el Test rápido, siendo que la oferta del diagnóstico no es tan amplia en hombres.

CUADRO N° 35
Casos de SIDA notificados por año, sexo, y relación hombre/mujer

Años	Masculino	Femenino	Total	Rel. H/M
1988	24	4	28	6
1992	78	12	90	6,6
1996	125	31	156	4
2000	141	59	200	2,4
2002	175	56	231	3,1
2003	163	72	235	2,3
2004	177	70	247	2.5
2007	169	70	239	2.4
2008	99	34	133	2.9

FUENTE: MSP INFORME EPIDEMIOLOGICO
 VIH/SIDA.-31/12/2008

Según los datos del informe Epidemiológico ya citado podemos afirmar que:

En la infección por VIH, predomina la transmisión sexual (68%), básicamente heterosexual (2008):

- Sexo entre hombres (HSH y bisexuales) 24.1%
- Sexo comercial o transaccional (trabajadores y trabajadoras sexuales): 8.2%
- Sexo Heterosexuales: 67.7%

En cuanto a la transmisión sanguínea (19%), predomina por el uso de drogas inyectables (98.9 %), ya que la transmisión originado por transfusión de sangre, es casi inexistente (los casos sucedieron antes de junio de 1988) al existir un tamizaje obligatorio de sangre y hemoderivados que se cumple de manera sistemática y universal con criterios de calidad demostrados.

La Transmisión vertical es de 2,5% en 2007 y con un leve incremento a 3,5% en 2008.

Para los casos de SIDA, la edad de mayor incidencia es de 20 a 49 años, hay 3 varones por cada mujer infectada, en casi 75% son personas originarias de Montevideo y el mecanismo de transmisión es mayoritariamente sexual, 71%, fundamentalmente heterosexual, y sanguínea, 24%, ligada al consumo intravenoso de drogas (U.D.I.s).

Para los casos de VIH, la edad de máxima incidencia es entre 15 y 34 años, hay 6 varones por cada cuatro mujeres viviendo con VIH, la mayoría de Montevideo (75%), y el mecanismo de transmisión es sobre todo sexual (67%), básicamente heterosexual y sanguínea por consumo de drogas intravenosas (17,4%).

Siguiendo los datos de los Estudios encargados por el MSP en población en general de 18 a 65 años (2008) y en jóvenes de 15 a 24 años (2009):

- Existe amplio conocimiento de las vías de transmisión y las modalidades de prevención, pero persisten creencias erróneas referidas a la picadura de mosquito y el mate. En el primer caso, en población en general (2007), 19% considera que “SI” mientras que un 10% “No sabe”, pero en jóvenes (2009) casi 25% en jóvenes piensan que “SI” y 16% “No sabe”. En el caso del mate, 14% de los consultados en población en general piensa que “SI”, pero en jóvenes es 20% que opinan que “SI”.
- En la población en general, se mantiene como forma de prevención el “conocimiento de la persona”, 28% de varones y 23% para el caso de las mujeres.
- En el caso de los y las jóvenes, 26% nunca oyó hablar de la sífilis. De los que sí saben, 24% no sabe de la posibilidad de su curación por antibióticos e incluso 17% discrepa que pueda curarse con el tratamiento. 40% no sabe de la transmisión madre a hijo/a y 20% esta en desacuerdo con esa posibilidad.
- Un poco menos de la tercera parte de los jóvenes de entre 15 y 24 años declara haberse realizado el test de VIH/SIDA alguna vez en la vida, de los cuales el 60% en los últimos doce meses. La gran mayoría declara haber concurrido a recoger el resultado. En las mujeres, la razón mayoritaria es control de embarazo (45%), seguido de iniciativa propia (17%). En los varones, por exigencia laboral (25%) o sugerencia médica (24%). En ambos, la razón “por relaciones sexuales de riesgo” recoge porcentajes ínfimos.
- La encuesta revela la persistencia de actitudes discriminatorias frente a las personas viviendo con VIH / SIDA. Con la frase *“si tuviera un hijo lo mandaría a la escuela donde se que hay compañeros/as de clase portadores del virus del sida”*, casi la mitad de los entrevistados están en desacuerdo. Con la frase *“si un miembro de mi familia estuviese infectado por el virus del sida, yo mantendría eso en secreto”*, un 46% se encuentra de acuerdo. Las respuestas varían según el vínculo o grado de cercanía con alguna persona portadora, ya que en los casos en que se trata de un familiar o un compañero de estudio o de trabajo el nivel de tolerancia o aceptación es mucho mayor que en los casos donde la persona portadora no mantiene un vínculo cercano con los y las entrevistadas.
- Datos similares a los mostrados arriba para población general aún no han sido publicados para las poblaciones más afectadas por el VIH (Usuarios/as de drogas inyectables y no inyectables, privados de libertad, trabajadores/as sexuales masculinos y femeninas y travestis, homosexuales y otros HSH y población Trans).

Según afirma el Estudio de 2008, “desde el punto de vista psicosocial y cultural, estos datos y el perfil de la epidemia del VIH en Uruguay confirma la persistencia en población general de:

- ✓ una baja percepción del riesgo de infección, así como la insuficiente información que influye en la toma de decisiones de prevención,
- ✓ una escasa motivación a la realización personal del diagnóstico del VIH, y cuando se realiza un escaso número de personas retira el resultado del mismo lo que indica el bajo impacto de las actividades de Consejería y Orientación realizadas en el primer nivel de atención en el pre y post test,
- ✓ fenómenos de estigmatización y discriminación existentes aun ante los/as PVVS tanto a nivel escolar, laboral, social como en los propios los servicios de salud.”

La reciente publicación “Miradas diversas: (MSP, Iniciativa Latinoamericana, aire.uy, 2009), aporta datos significativos sobre las actitudes de cuidado y mutuo cuidado en el campo de las relaciones afectivas y sexuales que se inician cada vez más temprano:

- ✓ “En un marco de inicio sexual cada vez mas temprano, en promedio 14.5 años a 15.5 años según los estudios, las proporciones de varones y mujeres que han tenido su primera relación sexual se aproximan, siendo que los varones del interior y los varones de estratos medios hacia abajo se inician más temprano”.
- ✓ “Respecto de la orientación sexual- y reconociendo que en esta etapa de crecimiento y desarrollo la orientación sexual y la identidad de género se viene construyendo - los estudios muestran una mayoría de jóvenes y mujeres con prácticas heterosexuales, apareciendo 1% a 2% de prácticas homosexuales y bisexuales”.
- ✓ “Los estudios coinciden que en esa “primera vez”, hay un elevado uso de medios de prevención, cercano al 80/90%, en particular el uso del preservativo. Ese indicador de auto y mutuo cuidado tiene un descenso drástico y preocupante cuando se interroga sobre como se cuidaron en la última relación, a pesar de que una mayoría de jóvenes afirma que es “fácil” obtener los preservativos”.

En este último caso, las investigaciones muestran que el uso del preservativo en la última relación sexual cae de 30% a 40% según el género y si bien esta caída esta compensada parcialmente por el incremento del uso de las pastillas anti conceptivas, estas prácticas no alcanzan para protegerse del riesgo de la infección del VIH/SIDA.

A casi 25 años de epidemia, parece pertinente indagar por la persistencia de comportamientos de riesgo en los varones, incluyendo todas las orientaciones sexuales. En un marco cultural aún de inequidad de género en el campo de las prácticas afectivas y sexuales en nuestro país, esta dinámica puede analizarse también como uno de los componentes que explicarían el incremento de la infección en las mujeres, y por otro lado de las altas prevalencias en los varones de la diversidad sexual (HSH y personas trans y trabajadores sexuales masculinos).

Una segunda reflexión apunta a la necesidad de comprender por que esos comportamientos de riesgo se dan en los varones cada vez más jóvenes, cuando se supone que son la “generación condón” y han estado expuestos a años de información.

Los varones entrevistados por la presente investigación, son coherentes con la actitud de escasa prevención en las relaciones sexuales, dando algunas pistas para la comprensión de esta situación.

Discapacidades

En el Módulo de Salud de la ENHA (INE, 2006), se da cuenta de las limitaciones, de acuerdo a los entrevistados. En resumen:

a) Casi el 5% de la población uruguaya declara tener limitaciones permanentes para ver aún usando lentes. La prevalencia de esta limitación es mayor entre las mujeres (5.5%) en comparación con los hombres (4.0%)

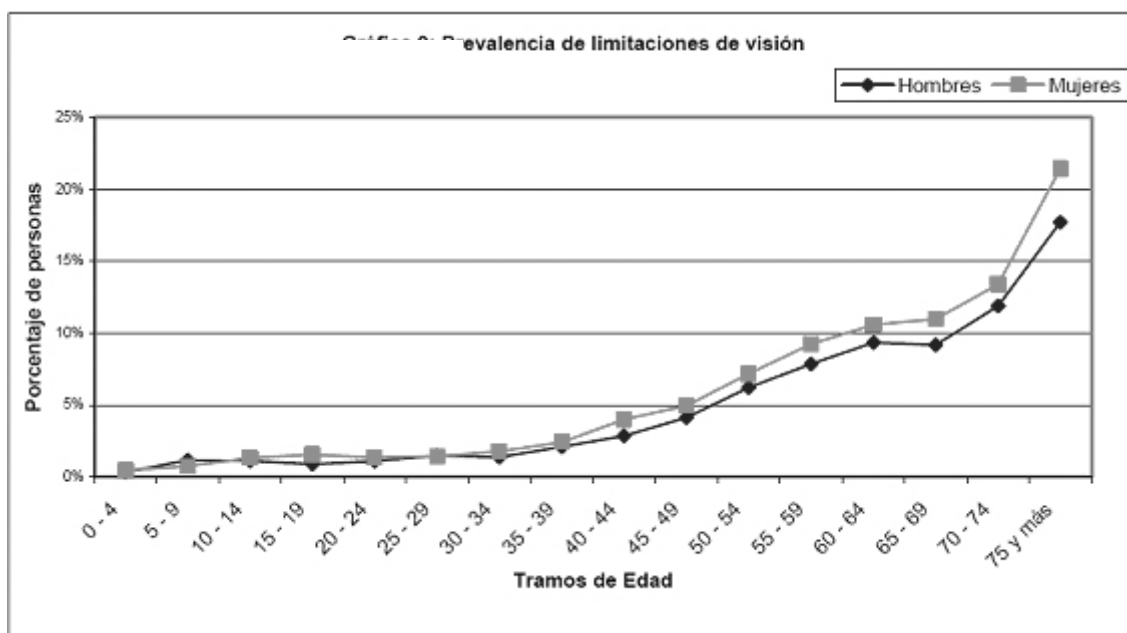
b) Las limitaciones auditivas, sin clara diferencia entre los sexos, aumenta con la edad, alcanzando una incidencia de 7,5% luego de los 65 años.

c) Las limitaciones vinculadas al habla, son algo mayores en los hombres (1%) ante las mujeres (0,6%)

d) Las dificultades vinculadas a la ambulación, son más acentuadas en las mujeres (2,6%) que en varones (1,8%), fundamentalmente asociadas a una sobrevivencia mayor. 1% de los varones tienen dificultades asociadas a la movilidad de los miembros superiores.

e) no se discrimina la información de varones con discapacidades “mentales”, informándose de un 2,1% en la población.

GRÁFICA N° 34



Fuente: INE, 2007

Los procesos de salud – enfermedad y mortalidad de los varones uruguayos, análisis cualitativo

En este apartado, se analizan las percepciones y actitudes de nueve varones, a través de entrevistas semi-estructuradas. El equipo investigador ha optado por la presentación de las tablas correspondientes, desde NSE y desde grupo etario, si bien no hay representatividad estadísticas de los resultados. Los breves comentarios que acompañan a dichas tablas, pretenden promover la reflexión de las y los lectores. .

Datos de identificación

CUADRO N° 36

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

	No. Ent	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Tramo Edad		1	2	3	1	2	3	1	2	3
2. Est. Univ.		7	7	0	7	7	0	0	0	0
3. Ingresos		2	7	0	2	2	2	3	3	7
4. Serv. Dom		6	6	6	0	7	0	0	0	0
5. Hel.freezer		4	4	4	4	4	4	4	0	4
6. Tv color		17	17	17	17	12	17	17	17	2
7. Auto		10	6	10	0	0	1	6	0	0
8. Tarjeta		4	4	6	0	4	0	0	0	0
9. Cant.baños		0	3	10	0	3	3	0	0	3
10. Ocup.jefe		15	15	17	15	15	15	10	15	10
T		65	69	66	5	54	44	40	39	29
NSE		2	2	2	4	3	4	5	5	6
		A	A	A	M	M	M	B	B	B

CUADRO N° 37

DISTRIBUCIÓN OCUPACIÓN

1	ESTUDIANTE
2	PREFESIONAL
3	EMPRESARIO
4	ESTUDIANTE
5	DOCENTE EDUCACIÓN FÍSICA
6	DOCENTE DE INFORMATICA
7	VERDULERO
8	EMPLEADO IMPRENTA
9	FERIANTE

La muestra intencional se conformó por tercios de NSE, 9 casos, 3 de cada NSE: Alto, Medio, Bajo, según la clasificación del INSE⁵

⁵ Índice de Nivel Socioeconómico, 2006, consensuado por CAINSE.

**CUADRO N° 38
¿CON QUIEN VIVE?**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Madre	1	X			X		X		X	
Padre	2	X			X					
Pareja de la madre	3									
Pareja del padre	4									
Hermanos	5									
Hermanas	6	X			X					
Pareja	7		X	X					X	X
Hijos/as (propios)	8		X				X		X	
Hijos/as (de la pareja)	9									
Amigos	10									
Amigas	11									
Otros familiares (detallar)	12									
Otros no familiares (detallar)	13									
Solo/a	14							X		

**CUADRO N° 39
ESTADO CIVIL LEGAL**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Soltero	1	X			X	X	X	X		
Casado	2		X	X					X	X
Viudo	3									

**CUADRO N° 40
¿LA PERSONA CON QUIÉN CONVIVE, ES SU ESPOSA?**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Si	1	...	X	X	....	...	X	...	X	X
No	2	...			....			...

**CUADRO N° 41
¿CUÁNTAS PAREJAS QUE USTED CONSIDERE ESTABLES HA TENIDO EN SU VIDA?**

Ent.N.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	1	....	4	2	1	1	4

**CUADRO N° 42
¿TIENE HIJOS, CUÁNTOS? ¿DE QUÉ EDADES?**

1		2		3		4		5		6		7		8		9	
cant	edad	cant	edad	cant	edad	cant	edad	cant	edad	cant	edad	cant	edad	cant	edad	cant	edad
0		2	7-4	2	32-28	0		0		2	14-12	0		2	11-14	5	2 fallecidos 25-32-40

Se puede afirmar que los entrevistados son, con una sola excepción, personas que conviven con otras, ya sea familia parental (en el caso de los más jóvenes) o en pareja o con sus hijos (5 de ellos tienen hijos).

**CUADRO N° 43
COBERTURA DE SALUD**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Seg. Privado	1		X							
IAMC	2	X		X	X	X	X		X	
SP	3							X		X

Todos los varones entrevistados son usuarios de algún sistema de salud, tanto privado como público. Principalmente, son usuarios de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

**CUADRO N° 44
AUTODEFINICIÓN DE PERTENENCIA A UNA ETNIA – RAZA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
BLANCO	BLANCO	HUMANA	BLANCA	BLANCA	BLANCA	URUGUAYO con ascendencia escandinava	HUMANA	BLANCA

La mayoría se define de “raza blanca”. Dos entrevistados del NSE Bajo, se definen de forma diferente: “humana” y “uruguayo con ascendencia escandinava”.

**CUADRO N° 45
RELIGIÓN A LA QUE ADHIERE**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
NO	JUDIO	NO	NO	NO	NO	NO	CATOLICA	NO

Solamente dos contestan adscripción religiosa, tal como consta: “judía” y católica”.

Considerando estos aspectos sustantivos, ya que no se abarca en esta muestra a varones con auto - pertenencia afro, ni a otras de las religiones con mayor incidencia en nuestro país, se presentan algunos tópicos explorados, desde un enfoque cualitativo.

Entrevista específica

El lugar asignado a la salud

¿Si tuviera que ordenar los siguientes aspectos de su vida ¿qué importancia le asignaría del 1 al 4?

FAMILIA
SALUD
SITUACIÓN ECONÓMICA
TRABAJO

Alto	1	Familia – salud- situación económica- trabajo
	2	Familia – salud – trabajo – situación económica
	3	Familia –salud – trabajo - situación económica :
Medio	4	Familia – salud - trabajo – situación económica
	5	Familia –salud - trabajo – situación económica
	6	Familia – salud - trabajo – situación económica
Bajo	7	Salud – trabajo – familia – situación económica
	8	Familia – salud – situación económica – trabajo
	9	Familia – trabajo - salud – situación económica

15 a 20	1	Familia – salud - situación económica – trabajo
	4	Familia – salud – trabajo – situación económica
	7	Salud – trabajo – familia – situación económica
21 a 45	2	Familia – salud – trabajo – situación económica
	5	Familia – salud- trabajo - situación económica
	8	Familia – salud –situación económica y trabajo
46 a 65	3	Familia – salud - trabajo- situación económica
	6	Familia –salud - trabajo - situación económica
	9	Familia – trabajo - salud – situación económica

La familia es el ítem que se coloca en primer lugar en forma casi unánime. Con dos excepciones, la salud se coloca en segundo lugar, aunque, como se verá más adelante, esta ubicación está más relacionada con una aspiración que la realidad; en los hechos el cuidado de la salud está lejos de ocupar un espacio importante en sus vidas, como veremos a través de otras preguntas.

¿Por qué respondió....?

Alto	1	La familia es la familia, y después me parece que lo mas importante la salud... porque puedes ser rico y no cuidarte, pero ser una persona trabajadora y tener una buena salud
	2	Para mi lo mas relevante es la familia y la salud y después viene todo lo otro, y es mas importante tener un trabajo agradable que la situación económica
	3	La unidad es la familia que le da una estabilidad para lograr los otros aspectos. Mi propia experiencia cuando estuve desocupado, el gran apoyo que tuve de mi familia y de los amigos me hizo recuperar el trabajo, la situación económica, y por supuesto esto si está acompañado de la salud es más fácil.
Medio	4	La familia es lo mas importante, donde uno se mueve, y eso... la salud porque está bueno sentirse bien y si hay un problema de salud se pierde mucho en la relación entre las personas y eso me parece importante, es importante que la familia esté unida. El trabajo porque hace que todo esté acorde. Y puse último la situación económica porque dentro de los puntos que me dijiste, era lo menos importante para mi.
	5	Primero el conjunto, la salud también hace al conjunto pero que primero esté bien la familia, y después el trabajo porque prefiero trabajar en lo que me gusta
	6	La familia es el sustento, la base de todo lo que vos puedes proyectar, la salud que te permite llevar a cabo eso y el trabajo que te da la posibilidad económica para hacerlo, si no tenes trabajo no puedes hacer nada
Bajo	7	Porque si tenés salud podés hacer todo lo que querés, trabajar....
	8	La familia es lo más importante que un ser humano puede tener. Salud para poder vivir y dinero en tercer lugar
	9	Para mi siempre lo mas importante es la familia, y sin trabajo no se vive, en todos los sentidos para comer, para los gastos. Y la salud uno siempre lava dejando para atrás hasta que llega un momento que estás enfermo

15 a 20	1	La familia es la familia, y después me parece que lo mas importante la salud... porque puedes ser rico y no cuidarte, pero ser una persona trabajadora y tener una buena salud
	4	La familia es lo más importante, donde uno se mueve, y eso... la salud porque está bueno sentirse bien y si hay un problema de salud se pierde mucho en la relación entre las personas y eso me parece importante, es importante que la familia esté unida. El trabajo porque hace que todo esté acorde. Y puse último la situación económica porque dentro de los puntos que me dijiste, era lo menos importante para mi.
	7	Porque si tenés salud podés hacer todo lo que querés, trabajar
21 a 45	2	Para mi lo mas relevante es la familia y la salud y después viene todo lo otro y es mas importante tener un trabajo agradable que la situación económica
	5	Primero el conjunto, la salud también hace al conjunto pero que primero esté bien la familia, y después el trabajo porque prefiero trabajar en lo que me gusta
	8	La familia es lo más importante que un ser humano puede tener. Salud para poder vivir y dinero en tercer lugar
46 a 65	3	La unidad es la familia que le da una estabilidad para lograr los otros aspectos. Mi propia experiencia cuando estuve desocupado, el gran apoyo que tuve de mi familia y de los amigos me hizo recuperar el trabajo, la situación económica, y por supuesto esto si está acompañado de la salud es más fácil.
	6	La familia es el sustento, la base de todo lo que vos puedes proyectar, la salud que te permite llevar a cabo eso y el trabajo que te da la posibilidad económica para hacerlo, si no tenes trabajo no puedes hacer nada
	9	Para mi siempre lo mas importante es la familia, y sin trabajo no se vive, en todos los sentidos, para comer, para los gastos. Y la salud uno siempre la va dejando para atrás hasta que llega un momento que estás enfermo

Los entrevistados consideran a la familia como la base de sustento de sus vidas, como estructurante. Aunque resaltan que sin buena salud no es posible disfrutar a la familia o trabajar. Resulta claro que lo afectivo y el sentido de pertenencia que produciría la familia, es lo más alto en la escala valorativa, al menos a nivel de discurso. Y el vínculo entre familia - salud - trabajo - situación económica, se enmarca en las relaciones de género convencionales. La salud es instrumental, para disfrutar de la familia, es aplazable, aún conociendo las consecuencias de ello. Pero en los diferentes entrevistados es posible percibir esta mirada instrumental, para alcanzar otros planos de realización.

Percepciones y evaluaciones sobre la salud

¿Qué es para usted estar sano?

Alto	1	Bueno está la salud física y la mental, la física es no tener ninguna enfermedad y la mental estar cómodo contigo, no tener ningún rollo en la cabeza.
	2	No tener complicaciones de salud, por el contrario, no estar enfermo
	3	Poder tanto mentalmente como físicamente, poder desarrollar las actividades que estoy haciendo
Medio	4	No tener enfermedades y estar bien con uno mismo
	5	Está muy asociado a tener una vida llevadera, sin muchas preocupaciones, la práctica de deportes, alimentarse bien. Hacer cosas que a uno lo gratifique
	6	Sentirme bien y poder realizar todas las tareas que habitualmente realizo
Bajo	7	Poder hacer todo lo que querés hacer, es el bienestar físico y también social del ser humano
	8	No estar enfermo
	9	Sentirme bien

15 a 20	1	Bueno esta la salud física y la mental, la física es no tener ninguna enfermedad y la mental estar cómodo contigo, no tener ningún rollo en la cabeza.
	4	No tener enfermedades y estar bien con uno mismo
	7	Poder hacer todo lo que querés hacer, es el bienestar físico y también social del ser humano
21 a 45	2	No tener complicaciones de salud, por el contrario, no estar enfermo
	5	Está muy asociado a tener una vida llevadera, sin muchas preocupaciones, la práctica de deportes, alimentarse bien. Hacer cosas que a uno lo gratifique
	8	No estar enfermo
46 a 65	3	Poder tanto mentalmente como físicamente, poder desarrollar las actividades que estoy haciendo
	6	Sentirme bien y poder realizar todas las tareas que habitualmente realizo
	9	Sentirme bien

El concepto de salud es la tradicional: “ausencia de enfermedad física”, cercana al concepto de salud médico hegemónico. Solamente dos, de mayor NSE agregan el bienestar psíquico, uno solo menciona la dimensión social.

La salud de los varones es un bien individual, no supone el cuidado de los otros, ni dependería del vínculo con los otros.

¿Considera que es una persona que cuida de su salud? Si o no y ¿Por qué? ¿Qué hace para ello?

ALTO	1	Si hago deportes,
	2	Si, hago deportes, hago dieta todo el tiempo, me controlo regularmente con el médico, una vez al año
	3	No, fui fumador durante mas de 40 años, fui muy poco al médico... fumaba porque me gustaba, no iba al médico porque no me gusta
MEDIO	4	Si, no es que me cuide tanto, pero hago deporte y si hay algo de comer que me hace mal, trato de no comerlo o no hacerlo.
	5	Si –me alimento bien, hago mucho deporte, trato de sentirme bien y hacer sentir bien a los demás
	6	Mas o menos, trato de comer sano, sin sal, a veces camino un poco, pero no mucho
BAJO	7	Más o menos, a veces hacemos cosas y sabemos que nos hacen mal...
	8	Sí, trato de tener un comportamiento saludable y acorde para tener una mejor calidad de vida
	9	No, pienso en ella cuando estoy enfermo

15 a 20	1	Si hago deportes,
	4	Si, no es que me cuide tanto, pero hago deporte y si hay algo de comer que me hace mal, trato de no comerlo o no hacerlo.
	7	Más o menos, a veces hacemos cosas y sabemos que nos hacen mal...
21 a 45	2	Sí, hago deportes, hago dieta todo el tiempo, me controlo regularmente con el médico, una vez al año
	5	Si –me alimento bien, hago mucho deporte, trato de sentirme bien y hacer sentir bien a los demás
	8	Sí, trato de tener un comportamiento saludable y acorde para tener una mejor calidad de vida
46 a 65	3	No, fui fumador durante mas de 40 años, fui muy poco al médico... fumaba porque me gustaba, no iba al médico porque no me gusta
	6	Mas o menos, trato de comer sano, sin sal, a veces camino un poco, pero no mucho
	9	No, pienso en ella cuando estoy enfermo

El cuidado de la salud está sesgado hacia la actividad deportiva y la alimentación, mucho menos que hacia la consulta en un servicio de carácter preventivo. Solamente un entrevistado se controla periódicamente. Aún cuando el sesgo en lo deportivo está tan presente, resulta más declarativo: solamente 4 practican deportes.

Los varones parecen escuchar los mensajes sobre la importancia de cuidar su salud, sin embargo no se encuentra integrado al discurso, es algo que debería hacerse, pero que puede ser aplazado, a pesar de conocer posibles consecuencias negativas.

¿Qué enfermedades ha tenido en su vida?

ALTO	1	Las normales
	2	Ninguna
	3	Asmático desde los 11 años, resfríos grandes
MEDIO	4	Ninguna importante, una hernia
	5	Gripes, estafilococos
	6	Las comunes, resfríos y eso
BAJO	7	Esas de chico, pero después, ah! Si, tengo un poco de asma
	8	Las de chicos y apendicitis. Ahora un poco de ácido úrico
	9	Gastritis, diabetes

15 a 20	1	Las normales
	4	Ninguna importante, una hernia
	7	Esas de chico, pero después. ah! Si, tengo un poco de asma
21 a 45	2	Ninguna
	5	Gripes, estafilococos
	8	Las de chicos y apendicitis. Ahora un poco de ácido úrico
46 a 65	3	Asmático desde los 11 años, resfríos grandes
	6	Las comunes, resfríos y eso
	9	Gastritis, diabetes

La mayoría no registra tener ninguna "afección grave", pero dos padecen asma y otro, gastritis y diabetes. Ninguna de ellos se realiza controles sistemáticos. El discurso de los varones parece menospreciar el papel de los problemas de salud: "un poco de ácido úrico", "ninguna importante, una hernia", "ah, si, un poco de asma".

Sin dudas, ello tiene incidencia en los controles y en las prácticas de auto cuidado.

Control de la salud, consulta al médico

¿Usted se realiza algún control de su salud? ¿Cual fue el último? ¿Por qué razón?

ALTO	1	No
	2	Me realizo control todos los años
	3	Ahora si, esta semana
MEDIO	4	Si, voy a controlarme
	5	Poco,
	6	No, en eso soy bastante desprolijo
BAJO	7	No, porque estoy bien. Hace unos años fui al médico porque tuve un pequeño accidente, pero si no, nunca voy
	8	Estoy un poco dejado, hace 2 años que fui
	9	Antes de ayer, por que me sentí mal

15 a 20	1	No
	4	Si, voy a controlarme
	7	No, porque estoy bien. Hace unos años fui al médico porque tuve un pequeño accidente, pero si no, nunca voy.
21 a 45	2	Me realizo control todos los años
	5	Pocos,
	8	Estoy un poco dejado, hace 2 años que fui
46 a 65	3	Ahora si, esta semana
	6	No, en eso soy bastante desprolijo
	9	Antes de ayer, por que me sentí mal

La conducta prácticamente unánime está vinculada a la práctica asistencial – curativa. Tan solo dos, de los tramos más jóvenes, consultan por prevención. La dejadez, la postergación, ¿Se encuentran vinculadas a la omnipotencia masculina? Dejarse, "ser bastante desprolijo"

¿Significa tener conciencia que hay un “deber ser” en el cuidado, pero que la vida cotidiana no permite al sujeto realizarse un control en salud?.

Si no se ha realizado ningún control en los últimos tres años ¿Por qué?

ALTO	1	No se...me siento bien
	2	.....
	3	
MEDIO	4	.....
	5	Hace dos años por la ficha medica que no es voluntario
	6	Y... porque si me siento bien no voy
BAJO	7	Porque no preciso, me siento bien
	8	Por pelotudo
	9	.....

15 a 20	1	No se...me siento bien
	4	
	7	Porque no preciso, me siento bien
21 a 45	2	.....
	5	Hace dos años por la ficha médica que no es voluntario
	8	Por pelotudo
46 a 65	3	
	6	Y... porque si me siento bien no voy
	9	

Coherente con la ideología no preventiva, quienes no se controlan ni siquiera se plantean porque no lo hacen. No existe una preocupación sobre el tema, salvo cuando se lo menciona.

Estos resultados son consistentes con la evidencia obtenida en Encuesta de Salud del 2006, según la cual solamente un tercio de la población masculina realiza consultas preventivas. Siendo esa conducta varonil casi la mitad de la femenina.⁶

⁶ Tercer Informe de procesamiento de la Encuesta 2006. Dra. Karina Batthyany . Lic. Lorena Alesina, versión electrónica.

Cuándo ha concurrido al médico la última vez, ¿A qué se debió?

ALTO	1	Hace un mes por sacar la libreta
	2	Hace unos meses por molestia en el estómago
	3	Antes de ayer – por una molestia
MEDIO	4	Si, este año, por control
	5	Cuando me rompí el labio hace 2 meses
	6	Fui por el lumbago
BAJO	7	No me acuerdo, esa vez que dije del accidente, hace unos años
	8	Hace un año, por problemas nerviosos por situaciones laborales
	9	Me sentí mal, mal, me subió la presión

15 a 20	1	Hace un mes por sacar la libreta
	4	Si, este año, por control
	7	No me acuerdo, esa vez que dije del accidente, hace unos años
21 a 45	2	Hace unos meses por molestia en el estómago
	5	Cuando me rompí el labio hace 2 meses
	8	Hace un año, por problemas nerviosos por situaciones laborales
46 a 65	3	Antes de ayer – por una molestia
	6	Fui por el lumbago
	9	Me sentí mal, mal, me subió la presión

Más de lo mismo: cuando los usuarios consultaron la última vez, se debió mayoritariamente a aspectos puntualmente vividos, por razones burocráticas o una dolencia ya instalada. En ellas es posible ver la integración de los componentes biológicos, psicológicos y sociales de los procesos salud – enfermedad.

Calidad de la atención médica

¿Se sintió satisfecho en su necesidad de atención?

ALTO	1	Si, atendieron bien
	2	Si, me dio los remedios apropiados
	3	Si, fui a mi médico, es amigo
MEDIO	4	Si
	5	Si y no
	6	Más o menos
BAJO	7	Si, medio lento pero bien
	8	Si
	9	Si

15 a 20	1	Si, atendieron bien
	4	Si
	7	Si, medio lento pero bien
21 a 45	2	Si, me dio los remedios apropiados
	5	Si y no
	8	Si
46 a 65	3	Si, fui a mi médico, es amigo
	6	Mas o menos
	9	Si

En general se sintieron satisfechos con la atención, pero dos de los entrevistados de NSE Medio manifiestan cierta inconformidad. Aparece el tema del vínculo- la amistad – como un factor que aproxima a la consulta.

Estos resultados son consistentes, con el Estudio de Imagen Médica del SMU, oportunamente citado, que muestra grados de conformidad elevados respecto de la consulta médica en años recientes (2006).

¿Por qué?

ALTO	1	N/c
	2	Si, me dio los remedios apropiados
	3	Es mi amigo
MEDIO	4	Porque me atiende desde chico y ya nos conocemos
	5	Fui a la urgencia y estuve esperando como 4 horas, Cuando el medico tenia que llegar antes de las 2 horas, y yo estaba sin comer . Cuando me atendieron, me atendieron bien, pero me hicieron esperar mucho por responsabilidad de esta persona, el médico, que demoró en venir.
	6	Porque ya había ido otras veces y me trató como si fuera la primera vez que iba al medico. No era el mismo, porque en la mutualista no siempre te toca el mismo
BAJO	7	N/C
	8	Porque el medico dio rápida solución a la problemática por la cual fui
	9	Le expliqué todo lo que tenia y me mando hacer todos los exámenes que precisaba y me dio las pastillas para diabetes y la presión

15 a 20	1	N/c
	4	Porque me atiende desde chico y ya nos conocemos
	7	n/c
21 a 45	2	Si, me dio los remedios apropiados
	5	Fui a la urgencia y estuve esperando como 4 horas, Cuando el medico tenia que llegar antes de las 2 horas, y yo estaba sin comer . Cuando me atendieron, me atendieron bien, pero me hicieron esperar mucho por responsabilidad de esta persona, el médico, que demoró en venir.
	8	Porque el medico dio rápida solución a la problemática por la cual fui
46 a 65	3	Es mi amigo
	6	Porque ya había ido otras veces y me trató como si fuera la primera vez que iba al medico. No era el mismo, porque en la mutualista no siempre te toca el mismo
	9	Le expliqué todo lo que tenia y me mando hacer todos los exámenes que precisaba y me dio las pastillas para diabetes y la presión

La evaluación acerca de la consulta médica está relacionada no solamente con los aspectos de calidad técnica del servicio, también la calidad funcional (esperas) y un peso importante de lo afectivo (*es mi amigo, me atiende desde chico*).

El cuidado de la salud varones y el de las mujeres

¿Considera que hay diferencias en el cuidado de la salud entre hombres y mujeres?

ALTO	1	Si
	2	Si
	3	No
MEDIO	4	Me parece que sí
	5	Si
	6	Si
BAJO	7	Si
	8	No distingo diferencia entre el hombre y la mujer, no tiene que haber, los dos son seres humanos. Lo que pasa que la mujer se cuida más, el hombre es más reticente a ir al médico.
	9	Si

15 a 20	1	Si
	4	Me parece que sí
	7	Si
21 a 45	2	Si
	5	Si
	8	No distingo diferencia entre el hombre y la mujer, no tiene que haber, los dos son seres humanos. Lo que pasa que la mujer se cuida más, el hombre es más reticente a ir al médico.
46 a 65	3	No
	6	Si
	9	Si

Mayoritariamente consideran que existen diferencias. Uno señala la reticencia varonil a la consulta médica, a pesar que mujeres y varones parecerían ser iguales.

Si respondió afirmativo: ¿Cómo cree que se manifiestan esas diferencias?

ALTO	1	Las mujeres van al ginecólogo y eso, se cuida mas
	2	las mujeres se preocupan mas por todos los controles ginecológicos
	3	.....
MEDI O	4	La mujer se cuida mas con eso de la comida sana y todo eso, el hombre me parece que le da menos importancia
	5	Las mujeres se preocupan mucho mas en el nivel técnico los hombres naturalmente tienden a hacer más actividad física, pero las mujeres se alimentan mejor que los hombres. También se hacen mas chequeos por el tema de cáncer de mama
	6	Porque la mujer se cuida mas, es mas dedicada a su salud si.
BAJO	7	Seres humanos somos los dos, pero me parece que la mujer se cuida más
	8	Por su fama de machito, y por el “yo aguanto”
	9	La mujer se cuida más. Lo se por mi señora que se hace todos los exámenes, el hombre es mas relajado

15 a 20	1	Las mujeres van al ginecólogo y eso, se cuida mas
	4	La mujer se cuida mas con eso de la comida sana y todo eso, el hombre me parece que le da menos importancia
	7	Seres humanos somos los dos, pero me parece que la mujer se cuida más
21 a 45	2	las mujeres se preocupan mas por todos los controles ginecológicos
	5	Las mujeres se preocupan mucho mas en el nivel técnico los hombres naturalmente tienden a hacer más actividad física, pero las mujeres se alimentan mejor que los hombres. También se hacen mas chequeos por el tema de cáncer de mama
	8	Por su fama de machito, y por el “yo aguanto”
46 a 65	3	.....
	6	Porque la mujer se cuida mas, es mas dedicada a su salud si.
	9	La mujer se cuida más. Lo se por mi señora que se hace todos los exámenes, el hombre es mas relajado

Es prácticamente unánime la mirada sobre que las mujeres se cuidan más, que tienen una conducta diferente, en especial a lo referido a la consulta al ginecólogo. Este cuidado esta “naturalizado” para las mujeres de la misma forma que no lo está para los varones. Alguno hace hincapié en una mayor vulnerabilidad de las mujeres y otro sobre el estereotipo machista del “aguante” del dolor, aspecto que muestra que las prácticas y los discursos masculinos parecen muy cercanos en estos entrevistados.

Discursos generacionales de los varones con respecto a la salud

¿Vive su padre? ¿Cuida o cuidaba de su propia salud? ¿Le transmitió en su actitud o en palabras algo al respecto? ¿Cómo es/ fue su relación con él?

ALTO	1	Si, el se cuida y me dice que me cuida, nos llevamos bien
	2	Si, se cuida y me recomienda que me cuida, la relación es buena
	3	No, el se cuidaba, no recuerdo si me decía
MEDIO	4	Si, se cuida. Me dice a mi lo que me conviene hacer o no hacer para no enfermarme
	5	Si, se cuida mucho, y me dice a mi pero sobre todo me da el ejemplo, me llevo bien con él
	6	Si, El se cuida mucho, tenemos buena relación y sobre todo me dice que me cuida con su ejemplo
BAJO	7	Si, sí el se cuida. Nos llevamos bien, pero el vive en el extranjero y viene de vez en cuando
	8	No, no recuerdo
	9	No, no se cuidaba ni me decía a mi

15 a 20	1	Si, el se cuida y me dice que me cuida, nos llevamos bien
	4	Si, se cuida. Me dice a mi lo que me conviene hacer o no hacer para no enfermarme
	7	Si, sí el se cuida. Nos llevamos bien, pero el vive en el extranjero y viene de vez en cuando
21 a 45	2	Si, se cuida y me recomienda que me cuida, la relación es buena
	5	Si, se cuida mucho, y me dice a mi pero sobre todo me da el ejemplo, me llevo bien con el
	8	No, no recuerdo
46 a 65	3	No, el se cuidaba, no recuerdo si me decía
	6	Si, El se cuida mucho, tenemos buena relación y sobre todo me dice que me cuida con su ejemplo
	9	No, no se cuidaba ni me decía a mi

Al menos en términos de discurso parece haber recomendaciones por parte de los padres acerca del cuidado de la salud, sin embargo en los entrevistados de menor NSE no parece estar presente el tema. ¿Se deberá esto a la edad de los propios padres?

Salud mental

¿Ha consultado a algún profesional de la salud mental? ¿Realiza o ha realizado psicoterapia? En caso afirmativo ¿Le hace bien?

ALTO	1	Si, fui un par de veces- nunca hice psicoterapia
	2	Si, hago terapia, me siento bien
	3	No
MEDIO	4	Si cuando era chico me llevaron al psicólogo,
	5	Si, por requisito de la facultad porque yo estudio psicología. Me hace bien
	6	No
BAJO	7	No
	8	No
	9	No

15 a 20	1	Si, fui un par de veces- nunca hice psicoterapia
	4	Si, cuando era chico me llevaron al psicólogo
	7	No
21 a 45	2	Si, hago terapia, me siento bien
	5	Si, por requisito de la facultad porque yo estudio psicología. Me hace bien
	8	No
46 a 65	3	No
	6	No
	9	No

La gran mayoría de los varones no ha consultado sobre este tópico, dos hacen psicoterapia, uno de ellos porque estudia psicología. Estos datos también son consistentes con la encuesta, ya mencionada (INE, 2006) Ya que dentro de la escasa cuarta parte de la población que dice haber consultado por problemas de estado de ánimo o psicológicos, los varones son solamente la mitad de las mujeres consultantes.

Calidad y estilo de vida

¿Practica alguna actividad física, cuál?

ALTO	1	Futbol
	2	Squash
	3	Paleta, frontón, paddle, navego
MEDIO	4	Si, voy al club hago mucho deporte. Natación, futbol, basquetbol
	5	Si, todas
	6	Camino algo y juego algunas veces al futbol, pero no mucho
BAJO	7	Si, hago gimnasia y esas cosas
	8	No. Camino por mi trabajo
	9	No, sólo en la feria con los cajones

15 a 20	1	Futbol
	4	Si, voy al club hago mucho deporte. Natación, futbol, básquetbol
	7	Si, hago gimnasia y esas cosas
21 a 45	2	Squash
	5	Si, todas
	8	No. Camino por mi trabajo
46 a 65	3	Paleta, frontón, paddle, navego
	6	Camino algo y juego algunas veces al fútbol, pero no mucho
	9	No, sólo en la feria con los cajones

La mayoría afirma realizar actividad física, en especial deportiva. Se destaca que de los tres entrevistados de NSE bajo, solamente uno practica deporte, aunque señalan que su actividad laboral les implica de por sí, actividad física. En la medida en que se asciende

económicamente, aparecen los clubes y una gama mayor de actividades deportivas para estos varones.

¿Qué come habitualmente? ¿Cree que su alimentación es saludable?

ALTO	1	Carne casi todos los días. Sí, creo que es saludable
	2	Carne, pescado, pollo, verduras. Sí, creo que es saludable
	3	De todo. Regular
MEDIO	4	Me gusta mucho la pasta, pero en general lo que hay en casa
	5	Frutas, verdura, pasta, arroz, carne 3 veces por semana
	6	De todo pollo, carnes, fruta, verdura
BAJO	7	De todo, más o menos
	8	Al mediodía chatarra, por la noche trato de comer mejor. No, es saludable
	9	De todo, ahora si, pero antes comía lo que viniera porque me gustaba todo

15 a 20	1	Carne casi todos los días, si creo que es saludable
	4	Me gusta mucho la pasta, pero en general lo que hay en casa
	7	De todo, más o menos
21 a 45	2	Carne, pescado, pollo, verduras. Sí, creo que es saludable
	5	Frutas, verdura, pasta, arroz, carne 3 veces por semana
	8	Al mediodía chatarra, por la noche trato de comer mejor. No, es saludable
46 a 65	3	De todo Regular
	6	De todo pollo, carnes, fruta, verdura
	9	De todo. Ahora si, pero antes comía lo que viniera porque me gustaba todo

En un marco, donde la mayoría afirma que come saludable, existe un cierto sesgo de NSE: pareciera que los entrevistados de nivel socioeconómico bajo tuvieran una alimentación menos “sana”. La carne, casi siempre está presente en la dieta.

¿Disfruta la mayoría de las veces cuando se alimenta?

ALTO	1	Si...mucho
	2	Si
	3	Si
MEDIO	4	Si
	5	SI
	6	Si, siempre
BAJO	7	Si
	8	Sobre todo en fin de semana porque trato de comer lo que me gusta y es mas saludable
	9	Me gusta el buen comer, no prohibirme de las cosas y comer cosas que me gustan.

15 a 20	1	Si...mucho
	4	SI
	7	Si
21 a 45	2	Si
	5	Sí
	8	Sobre todo en fin de semana porque trato de comer lo que me gusta y es mas saludable
46 a 65	3	Si
	6	SI. Siempre
	9	Me gusta el buen comer, no prohibirme de las cosas y comer cosas que me gustan.

Todos asocian el momento de “la comida” con el disfrute. Sería necesario explorar estos aspectos relacionados con las tareas domésticas de cuidado de hijos y dependientes, de acuerdo a los aportes de los estudios de tiempo libre y trabajo no remunerado desarrollados en nuestro país, desde comienzos de esta década (Aguirre y Batthiany, 2003).

¿Consume frutas y verduras todos los días?

ALTO	1	No todos los días
	2	Si
	3	Casi
MEDIO	4	Si, en casa siempre hacen
	5	SI
	6	Si
BAJO	7	No
	8	No todos los días
	9	Más verduras que frutas

15 a 20	1	No todos los días
	4	Si, en casa siempre hacen
	7	No
21 a 45	2	Si
	5	Si
	8	No todos los días
46 a 65	3	Casi
	6	Si
	9	Más verduras que frutas

A la hora de precisar la composición de la alimentación “sana”, solamente la mitad consume frutas y verduras todos los días, nuevamente dos de los tres entrevistados de menor NSE son quienes presentan una dieta no balanceada.

Uso y abuso de drogas legales e ilegales

¿Fuma? ¿Qué y cuánto? ¿Siente que le hace bien?

ALTO	1	No
	2	No
	3	Ahora no. Desde los 13 hasta diciembre. Al principio no sentía que me hacía nada, después si, por eso dejé por un método que hay con una medicación que dio el neumólogo, tratamiento particular
MEDIO	4	No
	5	No
	6	Algo, pero muy poco
BAJO	7	Sí, cigarrillos, una caja por día , no
	8	No
	9	No

15 a 20	1	No
	4	No
	7	Sí, cigarrillos, una caja por día , no
21 a 45	2	No
	5	No
	8	No
46 a 65	3	Ahora no. Desde los 13 hasta diciembre. Al principio no sentía que me hacía nada, después si, por eso dejé por un método que hay, con una medicación que me dio el neumólogo, tratamiento particular.
	6	Algo, pero muy poco
	9	No

Solamente dos de los nueve entrevistados fuman actualmente, uno de ellos dejó de fumar un mes antes de la entrevista. Al visualizarlo pro rangos etarios, los fumadores aparecen en la juventud y en un adulto mayor de 45 años.

¿Consumes alcohol habitualmente? ¿Qué y cuánto por día? ¿Ha consumido últimamente a punto de perder el conocimiento? ¿Se ha emborrachado últimamente? ¿Y antes?

ALTO	1	Si te digo que no te miento, alguna vez si, pero trato de no pasarme. Alguna vez me emborraché pero no para perder el conocimiento
	2	No, nunca
	3	Si, 2 vasos promedio. No jamás
MEDIO	4	No
	5	Esporádicamente. Alguna vez me emborraché un poco. Una vez hace como 10 años me emborraché de perder el conocimiento, pero de eso hace años. Ahora no
	6	Ahora no, de joven algunas veces me emborraché, pero ahora uno se cuida mas en eso
BAJO	7	Sí, a veces, alguna vez me emborraché.
	8	Ocasionalmente whisky, un cuarto litro por semana.
	9	No todos los días, cuando voy a una fiesta a un baile, tomo whiscola 1 ó 2

15 a 20	1	Si te digo que no te miento, alguna vez si pero trato de no pasarme. Alguna vez me emborraché pero no para perder el conocimiento
	4	No
	7	Sí, a veces, alguna vez me emborraché
21 a 45	2	No, nunca
	5	Esporádicamente. Alguna vez me emborraché un poco. Una vez hace como 10 años me emborraché de perder el conocimiento, pero de eso hace años. Ahora no
	8	Ocasionalmente whisky, un cuarto litro por semana.
46 a 65	3	Si, 2 vasos promedio. No jamás
	6	Ahora no, de joven algunas veces me emborraché, pero ahora uno se cuida mas en eso
	9	No todos los días, cuando voy a una fiesta, a un baile, tomo whiscola, 1 ó 2

De los nueve entrevistados, siete consumen alcohol, algunos todos los días. La mayoría alguna vez se emborrachó. Dos de los tres adolescentes entrevistados consumen alcohol.

**Es lo mismo para usted fumar un cigarro de tabaco que uno de marihuana? Si o no
¿Probó alguna vez? ¿O alguna otra sustancia?**

ALTO	1	No, son cosas distintas, uno es más nocivo que el otro, porque el tabaco fumas dos o tres cigarros o más por día, en cambio la marihuana de repente fumas uno por semana. Yo lo probé, no probé otra
	2	No tengo idea, nunca probé nada
	3	No, por una experiencia particular hace muchos años, la marihuana alucina, genera un estado no el habitual, otra no
MEDIO	4	No sé, hay mucha gente que dice que sí, pero son los dos vicios y son más o menos lo mismo
	5	No. Yo marihuana fumo esporádicamente, pero me molesta mucho el humo de tabaco, de la marihuana no. Los efectos son muy diferentes, a nivel de salud física es mejor la marihuana pero a nivel de salud mental, no. Una vez probé LSD
	6	No puedo contestarte porque nunca probé un cigarro de marihuana ni ninguna otra cosa
BAJO	7	No son cosas muy distintas, yo fumo habitualmente marihuana y a veces cocaína
	8	No fumo, no puedo saber porque además nunca probé ni marihuana ni ninguna otra cosas de esas
	9	Pienso que no ha de ser lo mismo, deben encontrar cierta atracción distinta, porque eso ya es un vicio

15 a 20	1	No- son cosas distintas, uno es más nocivo que el otro porque el tabaco fumas dos o tres cigarros o más por día, en cambio la marihuana de repente fumas uno por semana. Yo lo probé- no probé otra
	4	No se, hay mucha gente que dice que sí, pero son los dos vicios y son mas o menos lo mismo
	7	No son cosas muy distintas, yo fumo habitualmente marihuana y a veces cocaína
21 a 45	2	No tengo idea, nunca probé nada
	5	No. Yo marihuana fumo esporádicamente, pero me molesta mucho el humo de tabaco, de la marihuana no. Los efectos son muy diferentes, a nivel de salud física es mejor la marihuana pero a nivel de salud mental, no. Una vez probé LSD
	8	No fumo, no puedo saber porque además, nunca probé ni marihuana ni ninguna otra cosas de esas
46 a 65	3	No, por una experiencia particular hace muchos años, la marihuana alucina, genera un estado no el habitual, otra no
	6	No puedo contestarte porque nunca probé un cigarro de marihuana ni ninguna otra cosa
	9	Pienso que no ha de ser lo mismo, deben encontrar cierta atracción distinta, porque eso ya es un vicio

Este es un tema muy controvertido para los entrevistados, las opiniones son variadas. Aunque una mayoría considera nociva ambas prácticas. Cuatro de los entrevistados al menos alguna vez han fumado marihuana, uno consume cocaína. Es interesante observar la relación que se establece con al marihuana, en la medida que se cree que no causa daño físico.

Sexualidad y salud reproductiva

¿Usa preservativo? ¿Siempre? ¿Desde el principio de la relación? ¿Tuvo alguna relación de riesgo en los últimos años? ¿Por qué? ¿Cómo reaccionó después?

ALTO	1	Aun no he tenido mi primera relación
	2	No
	3	No en la pareja estable. No
MEDIO	4	Bueno, yo todavía no empecé
	5	Ahora no, ¿Que es relación de riesgo? (explico) No.
	6	No
BAJO	7	Ahora no porque tengo una pareja estable, antes sí, siempre me cuidaba
	8	No. No
	9	Nunca

15 a 20	1	Aun no he tenido mi primera relación
	4	Bueno, yo todavía no empecé
	7	Ahora no porque tengo una pareja estable, antes sí, siempre me cuidaba
21 a 45	2	No
	5	Ahora no, ¿Qué es relación de riesgo? (explico) No. no
	8	No. No
46 a 65	3	No en la pareja estable. No
	6	No
	9	Nunca

Dos de los adolescentes entrevistados aún no han tenido relaciones sexuales. De quienes tienen relaciones, ninguno usa preservativo, independientemente de tener o no pareja estable. Uno solo expresó haber usado preservativo cuando no tenía pareja estable. Un hombre de 21 a 45 años de sector medio no sabía que era una “relación de riesgo”. La estabilidad de la pareja parece asegurar el no uso de preservativo.

¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? ¿Por qué?

ALTO	1	No, porque no tengo aun
	2	Si, porque lo estoy
	3	Estoy altamente satisfecho porque mi compañera es una excelente mujer
MEDIO	4	.....
	5	SI
	6	Si, porque me llevo muy bien con mi señora
BAJO	7	Sí, estoy bien, porque me siento bien
	8	Sí, porque estoy con la mujer que amo
	9	Estoy satisfecho porque tengo una muy buena mujer

15 a 20	1	No, porque no tengo aun
	4	.....
	7	Sí, estoy bien, porque me siento bien
21 a 45	2	Si, porque lo estoy
	5	Si
	8	Sí, porque estoy con la mujer que amo
46 a 65	3	Estoy altamente satisfecho porque mi compañera es una excelente mujer
	6	Si, porque me llevo muy bien con mi señora
	9	Estoy satisfecho porque tengo una muy buena mujer

Los que tienen vida sexual activa manifiestan estar satisfechos, varios hacen referencia a esa satisfacción a partir de una buena relación de pareja con su esposa.

¿Tiene o ha padecido una disfunción sexual? ¿Cómo ha reaccionado si la tuvo?

ALTO	1	.....
	2	No
	3	No
MEDI O	4	.....
	5	Tuve problemas pero no se si era una disfunción sexual, no llegaba al orgasmo, pero después se me pasó porque el problema era la persona con la que estaba, y fue un tiempo Y yo en parte me angustiaba un poco y estuve por ir a consultar, pero entendía que era un problema circunstancial que cuando estuviera con otra pareja se me iba a ir.
	6	No
BAJO	7	No
	8	No
	9	,Qué es? (explico) No..., bueno si, últimamente por las preocupaciones que uno tiene parece que todo el organismo lo siente, pero yo se que es eso porque cuando ando angustiado por problemas míos o de mis hijos, parece que me tira al suelo la moral.

15 a 20	1	.....
	4	.....
	7	No
21 a 45	2	No
	5	Tuve problemas pero no se si era una disfunción sexual, no llegaba al orgasmo, pero después se me pasó porque el problema era la persona con la que estaba, y fue un tiempo Y yo en parte me angustiaba un poco y estuve por ir a consultor pero entendía que era un problema circunstancial que cuando estuviera con otra pareja se me iba a ir.
	8	No
46 a 65	3	No
	6	No
	9	Qué es? (explico) No..., bueno si, últimamente por las preocupaciones que uno tiene parece que todo el organismo lo siente, pero yo se que es eso porque cuando ando angustiado por problemas míos o de mis hijos, parece que me tira al suelo la moral.

Dos de los entrevistados han tenido o tienen disfunciones sexuales, uno de ellos es joven (21-45) y atribuyó el problema a su compañera sexual, el otro de NSE bajo y mayor de 46 a la angustia, las preocupaciones, etc.

Percepciones y evaluaciones acerca de la sexualidad

¿Qué diferencia a un hombre heterosexual de uno homosexual o bisexual?

ALTO	1	Y bueno, el target a donde apunta
	2	El sexo de las personas que lo atraen
	3	De comportamiento y de gusto
MEDIO	4	Bueno, al heterosexual le gusta el otro sexo, el homosexual el mismo y al bisexual los dos.
	5	Que al heterosexual le gustan las mujeres y al homosexual le gustan hombres
	6	Y... (se turba) de cómo satisface sus apetitos
BAJO	7	El heterosexual son los más naturales, le gusta el otro sexo. Los homosexuales son los que decidieron pasarse al otro sexo.
	8	Al heterosexual le gustan las mujeres y al homo le gustan los hombre. Y a los bi, les gustan los dos.
	9	No se bien que son esas palabras (explico) ah, bueno, yo se que los putos existieron siempre.

15 a 20	1	Y bueno, el target a donde apunta
	4	Bueno, al heterosexual le gusta el otro sexo, el homosexual el mismo y al bisexual los dos.
	7	El heterosexual son los más naturales, le gusta el otro sexo. Los homosexuales son los que decidieron pasarse al otro sexo.
21 a 45	2	El sexo de las personas que lo atraen
	5	Que al heterosexual le gustan las mujeres y al homosexual le gustan hombres
	8	Al heterosexual le gustan las mujeres y al homo le gustan los hombre. Y a los bi, les gustan los dos.
46 a 65	3	De comportamiento y de gusto
	6	Y... (se turba) de cómo satisface sus apetitos
	9	No se bien que son esas palabras (explico) ah, bueno, yo se que los putos existieron siempre.

Ante la pregunta de las orientaciones sexuales, la mayoría son descriptivos sobre cada una, expresándose con palabras neutras, es decir tomando distancia del tema a nivel personal, un solo mayor de 46 y NSE se pone un poco incómodo y otro del mismo segmento califica con términos vulgares a los homosexuales.

Subjetividades, proyecciones, representaciones y roles en la salud de los varones

¿Cree en el dicho popular “de algo hay que morir”?

ALTO	1	No
	2	Sí
	3	No lo había pensado, pero de algo hay que morir, de viejo o de un infarto
MEDIO	4	Si
	5	Y...si
	6	Y...si
BAJO	7	Si...pero si te morís de viejo mejor
	8	No lo tengo incorporado, pero es una realidad
	9	Es la verdad, si no morís de una cosa morís de otra. Es mas, a veces estando sano salís a la calle y te pasa un auto por arriba

15 a 20	1	No
	4	Si
	7	Si...pero si te morís de viejo mejor
21 a 45	2	Si
	5	Y...si
	8	No lo tengo incorporado, pero es una realidad
46 a 65	3	No lo había pensado, pero de algo hay que morir, de viejo o de un infarto
	6	Y...si
	9	Es la verdad, si no morís de una cosa morís de otra. Es mas, a veces estando sano salís a la calle y te pasa un auto por arriba

La frase “de algo hay que morir” no parece involucrar demasiado en los entrevistados. Las respuestas son breves, sin mayor despliegue.

¿Cuántos años desea vivir? ¿Y cuánto cree que podría llegar a vivir?

ALTO	1	Uffff, yo que se....
	2	70 – 60
	3	Mientras físicamente y mentalmente este apto, los que sean necesarios. 75,80
MEDI O	4	No se, los que sean pero vivirlos bien, 60,70 años
	5	95 - 95
	6	90 - 95
BAJO	7	No se
	8	La cantidad de años mientras esté lúcido y sano. No se cuantos, nunca me lo planteo.
	9	Hasta los 70 estaría bien. Eso nunca se sabe

15 a 20	1	Uffff, yo que se....
	4	No se, los que sean pero vivirlos bien – 60,70 años
	7	No se
21 a 45	2	70-60
	5	95-95
	8	La cantidad de años mientras esté lúcido y sano. No se cuantos, nunca me lo planteo.
46 a 65	3	Mientras físicamente y mentalmente este apto, los que sean necesarios. 75,80
	6	90-95
	9	Hasta los 70 estaría bien. Eso nunca se sabe

La expectativa de vida de los usuarios, es variada. Con una sola excepción, piensan que vivirán más de lo quieren, lo cual es bastante contradictorio teniendo en cuenta sus riesgos. Pero es llamativo que las personas piensen vivir más de lo esperado. Esto ha despertado varias interrogantes en el equipo de investigación. La mayoría quiere “llegar en buenas condiciones” tanto físicas como mentales, pero el cuidado parece disociado del deseo.

¿Qué significado tiene para usted la vida? ¿Y la muerte? ¿Y estar enfermo? ¿Y estar discapacitado?

ALTO	1	Me agarrás ...nunca pense en eso....estar enfermo o discapacitado es muy triste pero creo que al final te tenés que adaptar para seguir viviendo
	2	Me gusta mucho la vida, disfrutarla con mi familia, y mis amigos. No tengo miedo a morir, si tengo miedo a sufrir para morir y sobre todo que les va a pasar a mis hijos cuando me muera y tomo provisiones para eso.. estar enfermo o discapacitado me genera mucho temor no solo para mi sino también para mis hijos por lo que puede significar para ellos
	3	La vida es algo hermoso para poder disfrutarlo plenamente, la muerte es la culminación de la vida, me jode
MEDI O	4	La muerte la tomo como algo que siempre va a estar. La vida creo que hay que vivirla bien. Y Hay que irse adaptando a las enfermedades o a las trabacas que te vayan surgiendo para superarla
	5	Están muy asociadas, la vida es disfrutar, sufrir, reír, llorar, dar recibir, continuar la especie enfermarse, curarse, es todo, la muerte es el final de la vida particular de cada ser, pero deja lugar a los otros, es necesaria. Limitar alguna de las capacidades de la persona, son limitaciones, pero la incapacidad de una persona puede también reafirmar otras cosas, yo vi competir a los ciegos, mancos, etc. Y que se superaban. Pienso que hay discapacidades peores que te falte una pierna o un brazo, por ejemplo la baja autoestima.
	6	La muerte es el final de un camino, la vida es proyectarse, criar los hijos, poder realizar todo lo que se quiere. Estar enfermo o discapacitado. Hace que hacer todas esas cosas sea difícil, complicado
BAJO	7	La vida es estar a gusto, si te enfermás estás mal. Discapacitado nunca pensé, la muerte, bueno, se acabó!!!
	8	La vida es todo para una persona y la muerte por una concepción religiosa y de mi fe no me atemoriza, se acaba la vida en este mundo pero sigue en otro lado. Pero no me atemoriza la mía, sí la de mis seres querido porque no los vería mas y me causaría mucho sufrimiento. Enfermo pasas mal y discapacitado le traes problemas a los que te rodea
	9	Hasta ahora nunca pensé en la muerte porque es un signo de debilidad en la mente humana. Hay que vivir el momento, es lo que siempre pensé, al tiempo que vas viviendo, disfrutar la máximo- /Eso nunca lo pase, pero seria triste

15 a 20	1	Me agarrás ...nunca pense en eso....estar enfermo o discapacitado es muy triste pero creo que al final te tenes que adaptar para seguir viviendo
	4	La muerte la tomo como algo que siempre va a estar. La vida creo que hay que vivirla bien. Y Hay que irse adaptando a las enfermedades o a las trancas que te vayan surgiendo para superarla
	7	La vida es estar a gusto, si te enfermás estás mal. Discapacitado nunca pensé, la muerte, bueno, se acabó!!!
21 a 45	2	Me gusta mucho la vida, disfrutarla con mi familia, y mis amigos. No tengo miedo a morir, si tengo miedo a sufrir para morir y sobre todo que les va a pasar a mis hijos cuando me muera y tomo previsiones para eso.. estar enfermo o discapacitado me genera mucho temor no solo para mi sino también para mis hijos por lo que puede significar para ellos
	5	Están muy asociadas, la vida es disfrutar, sufrir, reir llorar, dar recibir, continuar la especie enfermarse, curarse, es todo, la muerte es el final de la vida particular de cada ser, pero deja lugar a los otros, es necesaria. Limitar alguna de las capacidades de la persona, son limitaciones, pero la incapacidad de una persona puede también reafirmar otras cosas, yo vi competir a los ciegos, mancos, etc. Y que se superaban. Pienso que hay discapacidades peores que te falte una pierna o un brazo, por ejemplo la baja autoestima.
	8	La vida es todo para una persona y la muerte por una concepción religiosa y de me fe no me atemoriza, se acaba la vida en este mundo pero sigue en otro lado. Pero no me atemoriza la mía, sí la de mis seres querido porque no los vería mas y me causaría mucho sufrimiento. Enfermo pasas mal y discapacitado le traes problemas a los que te rodea
46 a 65	3	La vida es algo hermoso para poder disfrutarlo plenamente, la muerte es la culminación de la vida- me jode
	6	La muerte es el final de un camino, la vida es proyectarse, criar los hijos, poder realizar todo lo que se quiere. Estar enfermo o disc. Hace que hacer todas esas cosas sea difícil, complicado
	9	Hasta ahora nunca pensé en la muerte porque es un signo de debilidad en la mente humana. Hay que vivir el momento, es lo que siempre pensé, al tiempo que vas viviendo, disfrutar la máximo- /Eso nunca lo pase, pero seria triste

Son temas que movilizan a los varones, los más jóvenes dicen que casi no han pensado en ellos. Sobre la muerte todos los usuarios se angustian y algunos asocian con sus seres queridos, tanto la muerte de ellos como su rol de “protectores” y lo que sucedería con su desaparición. La mayoría piensa que se adaptaría a una discapacidad, pero también se preocupan por la limitación que significaría a su rol “proveedor”.

¿Quién lo cuida habitualmente cuando está enfermo?

ALTO	1	Mi mamá
	2	Mi señora
	3	Mi señora
MEDIO	4	Mi mamá porque es la que está en casa, pero también mi padre y mi hermana
	5	Mi novia
	6	Mi señora
BAJO	7	Bueno, alguien siempre hay
	8	Mi esposa y mi madre
	9	Mi señora

15 a 20	1	Mi mamá
	4	Mi mamá porque es la que está en casa, pero también mi padre y mi hermana
	7	Bueno, alguien siempre hay
21 a 45	2	Mi señora
	5	Mi novia
	8	Mi esposa y mi madre
46 a 65	3	Mi señora
	6	Mi señora
	9	Mi señora

Como se observa es totalmente claro que, el rol de cuidar a los varones cuando están enfermos es propio de una mujer, sea en su condición de madre, de novia, de esposa, de hermana. Salvo en un adolescente, en el resto no hay mención a la figura masculina.

¿Quién debería cuidarlo a usted si estuviese enfermo o discapacitado?

ALTO	1	Mi mama
	2	Mi señora
	3	Me gustaría no joder a nadie
MEDIO	4	A mi me gusta que me cuide mi familia
	5	Mi novia
	6	Mi señora
BAJO	7	No sé
	8	Ellas
	9	Una enfermera joven (se rie)

15 a 20	1	Mi mama
	4	A mi me gusta que me cuide mi familia
	7	No sé
21 a 45	2	Mi señora
	5	Mi novia
	8	Ellas
46 a 65	3	Me gustaría no joder a nadie
	6	Mi señora
	9	Una enfermera joven (se rie)

Nuevamente el rol es, mayoritariamente, asignado a las mujeres en la inmensa mayoría de los casos. Incluso, en adulto mayor de 45, aparece la fantasía de la "enfermera joven". La realidad expresada en la pregunta anterior y el deber ser, expresado en esta son concluyentes.

¿Qué significado tiene para usted el hecho de sufrir?

ALTO	1	Es horrible, para mi hay que disfrutar...
	2	Dolor, trauma, pasarlo mal. Me ha tocado y realmente no me gustó nada
	3	No se , creo que el sufrimiento es un estado que generalmente pasa, a corto o mediana plazo pasa, el dolor se pasa también, si es físico con una mejoría o con la muerte, y si es más embromado como un dolor emotivo, el tiempo es sabio para eso
MEDI O	4	Me parece que si alguna persona si en algún momento no sufre, no conoce todo porque el sufrir a veces te lleva a ciertas situaciones que es bueno que la gente las viva. De última es malo pero a la vez no es tan malo
	5	Es malo porque no se pasa bien, pero también a su vez es necesario, porque habilita cambios y esta asociado a crecer en muchos casos.
	6	No ser feliz
BAJO	7	Sufrir es algo que te duele, puede ser una decepción
	8	Yo que se...! Es desagradable, a nadie le gusta
	9	Es parte de lo que pagamos cuando venimos a la vida, pero tratar de evitarlo sería lo mejor en todo sentido

15 a 20	1	Es horrible, para mi hay que disfrutar...
	4	Me parece que si alguna persona si en algún momento no sufre, no conoce todo porque el sufrir a veces te lleva a ciertas situaciones que es bueno que la gente las viva. De última es malo pero a la vez no es tan malo
	7	Sufrir es algo que te duele, puede ser una decepción
21 a 45	2	Dolor, trauma, pasarlo mal. Me ha tocado y realmente no me gustó nada
	5	Es malo porque no se pasa bien, pero también a su vez es necesario porque habilita cambios y esta asociado a crecer en muchas o casi
	8	¿Yo que se...! Es desagradable, a nadie le gusta
46 a 65	3	No se , creo que el sufrimiento es un estado que generalmente pasa, a corto o mediana plazo pasa, el dolor se pasa también, si es físico con una mejoría o con la muerte, y si es más embromado como un dolor emotivo, el tiempo es sabio para eso
	6	No ser feliz
	9	Es parte de lo que pagamos cuando venimos a la vida, pero tratar de evitarlo sería lo mejor en todo sentido

El dolor es algo que hay que transitar o algo que hay que eludir. Diferentes posturas. Varios consideran al dolor como un aprendizaje, al crecimiento personal, no asociado directamente a una ideología religiosa. El dolor emotivo y el dolor físico parecen asociados o disociados.

¿Qué situación lo llevaría a Ud. a quitarse la vida?

ALTO	1	Estar muy solo, algo que te bajonee mal
	2	Sólo si significara la última opción para la salvación de alguien de mi familia, mis hijos
	3	Creo que ninguna
MEDIO	4	Ninguna
	5	No me lo imagino, alguna tragedia a nivel familiar, como mi amigo que perdió una niña de tres años., algo así
	6	Ninguna por ahora
BAJO	7	Ninguna
	8	Ninguna
	9	Ninguna, siempre fui un rechazador de los suicidas

15 a 20	1	Estar muy solo, algo que te bajonee mal
	4	Ninguna
	7	Ninguna
21 a 45	2	Sólo si significara la última opción para la salvación de alguien de mi familia, mis hijos
	5	No me lo imagino, alguna tragedia a nivel familiar, como mi amigo que perdió una niña de tres años, algo así
	8	Ninguna
46 a 65	3	Creo que ninguna
	6	Ninguna por ahora
	9	Ninguna, siempre fui un rechazador de los suicidas

Un adolescente lo asocia a la soledad extrema. Un joven lo asoció con la pérdida de un familiar significativo. Otro, en el clásico rol de protector masculino. Los hombres mayores lo rechazan

¿Qué es para usted el placer? ¿Qué es lo que mas le causa placer en su vida actual? ¿Y antes?

ALTO	1	Algo que se siente por dentro....comer
	2	Pasarla bien, estar en mi casa, estar con los míos
	3	El vivir cada minuto, la familia, los logros obtenidos y el navegar. Antes la familia y el cumplimiento de los objetivos a cumplir
MEDIO	4	Estar con mi familia, con mis amigos, comer algo con ellos
	5	El sexo, compartir con las personas, el deporte y la actividad física y los niños
	6	Sentirme satisfecho y a gusto
BAJO	7	El sexo
	8	Disfrutar, estar bien con uno y con lo que te rodea, éxtasis total, pum!!! Pa arriba!!!
	9	Es una emoción muy grande que uno siente, tanto al comer, como al tener sexo como al disfrutar de la vida. Todo, disfruto de todos, de las amistades también que es un placer muy grande.

15 a 20	1	Algo que se siente por dentro....comer
	4	Estar con mi familia, con mis amigos, comer algo con ellos
	7	El sexo
21 a 45	2	Pasarla bien, estar en mi casa, estar con los míos
	5	El sexo, compartir con las personas, el deporte y la actividad física y los niños
	8	Disfrutar, estar bien con uno y con lo que te rodea, éxtasis total, pum!!! Pa arriba!!!
46 a 65	3	El vivir cada minuto, la familia, los logros obtenidos y el navegar. Antes la familia y el cumplimiento de los objetivos a cumplir
	6	Sentirme satisfecho y a gusto
	9	Es una emoción muy grande que uno siente, tanto al comer, como al tener sexo como al disfrutar de la vida. Todo, disfruto de todos, de las amistades también que es un placer muy grande

Se menciona a los afectos, el sexo y la comida, en mayor o menor medida asociados a la familia y a los afectos. La intimidad y la pertenencia pueden estar vinculadas al sexo o no. El sexo no es mencionado en el marco de un vínculo, no se trata de hacer/nos el amor.

¿Qué diría usted que lo define como hombre?

ALTO	1	No se
	2	Además de lo biológico, no le sé contestar
	3	¿Será que llevo los pantalones? El comportamiento a lo largo de la vida
MEDI O	4	Por el cuerpo y por lo mental hay bastante diferencia y yo me siento hombre. Por ejemplo a mi me gusta estar bien pero tampoco me preocupa mucho que me miren o no, salgo como salgo y chau
	5	Lo humano, poder brindarme, el poder aportar, y también lo que tiene que ver con el género, ser buen padre, poder cuidar a los niños y poder cumplir con roles que tradicionalmente están asociados a la paternidad
	6	No tengo idea, ser como soy
BAJO	7	Lo sexual, Que me gustan las mujeres y no me gustan los hombres
	8	La sexualidad
	9	La rectitud de nunca desviarse de lo que uno tiene planificado en la vida

15 a 20	1	No se
	4	Por el cuerpo y por lo mental hay bastante diferencia y yo me siento hombre. Por ejemplo a mi me gusta estar bien pero tampoco me preocupa mucho que me miren o no, salgo como salgo y chau
	7	Lo sexual, Que me gustan las mujeres y no me gustan los hombres
21 a 45	2	Además de lo biológico, no le sé contestar
	5	Lo humano, poder brindarme, el poder aportar, y también lo que tiene que ver con el género, ser buen padre, poder cuidar a los niños y poder cumplir con roles que tradicionalmente están asociados a la paternidad
	8	La sexualidad
46 a 65	3	¿Será que llevo los pantalones? El comportamiento a lo largo de la vida
	6	No tengo idea, ser como soy
	9	La rectitud de nunca desviarse de lo que uno tiene planificado en la vida

Existen importantes diferencias en las respuestas: la (hetero) sexualidad se menciona como un carácter que diferencia, otros ni siquiera pueden expresar que los define. Es lo impensado, planteado por diversos autores estudiosos de las masculinidades. Pero aparece el género, irrumpe en llevar "los pantalones", en "no desviarse de lo planificado", en seguir la tradición paterna.

¿En su vida, ha estado en riesgo su vida en determinadas situaciones? Mencione tres.

ALTO	1	Si una vez por un accidente de tránsito, pero no pasó nada
	2	No
	3	No grandes riesgos, por ej. Alguna tormenta jodida
MEDIO	4	No
	5	No
	6	No
BAJO	7	No
	8	No
	9	Cazando, en moto, y dos o tres episodios de salud.

15 a 20	1	Si una vez por un accidente de tránsito, pero no pasó nada
	4	No
	7	No
21 a 45	2	No
	5	Si, yo trabajo de guarda vidas y en una situación tuve que auxiliar a dos niños y un hombre, y fue difícil. Además, alguna vez en la moto
	8	No
46 a 65	3	No grandes riesgos, por ej. Alguna tormenta jodida
	6	No
	9	Cazando, en moto, y dos o tres episodios de salud

La mayoría ha tenido episodios de riesgo se asocian a actividades tradicionalmente masculinas (cazar, navegar), con trabajos como el de guarda vidas y en accidentes o exposición a situaciones climáticas extremas. El riesgo constituye parte de la práctica masculina. La mortalidad por causas externas evidentemente es mayoritariamente masculina.

¿Qué lo estresa? ¿Cómo actúa cuando está estresado?

O ALT	1	Tener que hacer algo que no me gusta para nada, soy negativo, medio mala onda,
	2	La salud de mis hijos, me pongo muy mal, tengo actitudes poco razonadas
	3	La ineficiencia, como todo tano, explosivo
MEDIO	4	No se, no tengo nada claro eso pero si me estreso me saca bastante, pero me voy a mi cuarto y me encierro hasta que se me pase
	5	Tener muchas responsabilidades, cuando veo a las personas mal, la pobreza, como que cuando estoy así necesito poner un balde, me aislo un poco y trato de generar soluciones o adaptarme a la situación
	6	El trabajo, no terminar una tarea que tengo que terminar. Uno se tensa y actúa distinto
BAJO	7	El sistema, hacer todo mucho más rápido
	8	Las presiones, me bajoneo
	9	Muchas cosas, sobre todo cuando veo la falta de moral, a una persona falluta, una mala jugada. Me lo como para mi

15 a 20	1	Tener que hacer algo que no me gusta para nada, soy negativo, medio mala onda,
	4	No sé, no tengo nada claro eso pero si me estreso me saca bastante, pero me voy a mi cuarto y me encierro hasta que se me pase
	7	El sistema, hacer todo mucho más rápido
21 a 45	2	La salud de mis hijos me pongo muy mal tengo actitudes poco razonadas
	5	Tener muchas responsabilidades, cuando veo a las personas mal, la pobreza, como que cuando estoy así necesito poner un balde, me aislo un poco y trato de generar soluciones o adaptarme a la situación
	8	Las presiones, me bajones
46 a 65	3	La ineficiencia, como todo tano, explosivo
	6	El trabajo, no terminar una tarea que tengo que terminar. Uno se tensa y actúa distinto
	9	Muchas cosas, sobre todo cuando veo la falta de moral, a una persona falluta, una mala jugada. Me lo como para mi

Los aspectos de su vida que estresan a los entrevistados están vinculados a situaciones diversas. El aislamiento aparece como un modelo a seguir, en algunos casos. Este es de los pocos ítems, donde el social toma una mayor dimensión. Las reacciones también pueden asociarse a la tristeza, o a lo explosivo.

¿Qué lo llevaría ser violento con otra persona? Infidelidad/ robo/ traición/ honor/ humillación/ otros.

ALTO	1	Que falte el respeto a costa de su diversión
	2	Que quieran lastimar a alguien de mi familia
	3	A esta altura de mi vida no buscaría ninguna solución por la violencia física. Frente a una situación violenta, como un robo, las reacciones son inesperadas. Frente a la infidelidad o la traición son cosas que pasan habitualmente en la vida, no creo que con la violencia se solucione nada.
MEDI O	4	No soy muy violento, me parece mejor que las cosas hay que hablarlas, y no ir directo a pelearlas y si es un robo...y bueno, esas cosas pasan y te tocó, y te da rabia pero no es para ir y pelear.y si es una infidelidad, ta.. Por algo es
	5	Que la otra persona lastime a un ser querido, a una persona indefensa o me lastime a mí
	6	Nunca estuve en una situación que se diga violenta, pero cuando el grado de presión es mayor, uno puede reaccionar con violencia
BAJO	7	Algo que me diga o haga otra persona
	8	No, no soy violento. Sólo una vez salté porque estaba tomando calmantes y lo entreveré con otra cosa. Pero no soy violento, un poco calentón.
	9	Antes muchas cosas me sacaban de las casillas, pero uno llega a una altura en la vida que ya es mejor pasar desapercibido

15 a 20	1	Que falte el respeto a costa de su diversión
	4	No soy muy violento, me parece mejor que las cosas hay que hablarlas, y no ir directo a pelearlas y si es un robo...y bueno, esas cosas pasan y te tocó, y te da rabia pero no es para ir y pelear.y si es una infidelidad, ta.. Por algo es
	7	Algo que me diga o haga otra persona
21 a 45	2	Que quieran lastimar a alguien de mi familia
	5	Que la otra persona lastime a un ser querido, a una persona indefensa o me lastime a mí
	8	No, no soy violento. Sólo una vez salté porque estaba tomando calmantes y lo entreveré con otra cosa. Pero no soy violento, un poco calentón.
46 a 65	3	A esta altura de mi vida no buscaría ninguna solución por la violencia física. Frente a una situación violenta, como un robo, las reacciones son inesperadas. Frente a la infidelidad o la traición son cosas que pasan habitualmente en la vida, no creo que con la violencia se solucione nada
	6	Nunca estuve en una situación que se diga violenta, pero cuando el grado de presión es mayor, uno puede reaccionar con violencia
	9	Antes muchas cosas me sacaban de las casillas, pero uno llega a una altura en la vida que ya es mejor pasar desapercibido

La mayoría de los varones reconoce situaciones en las cuales se puede ejercer la violencia, pero varios consideran que los conflictos no se solucionan de esa forma. Los de mayor edad son los que parecen tener más reflexión al respecto. Cuando se ejerce la violencia o la misma se justifica, se asocia a reacciones a situaciones "límite". En ocasiones, eso puede ser muy sencillo: "algo que me diga o haga otra persona", "antes muchas cosas me sacaban de las casillas". Es decir, la violencia a flor de piel. Si bien aparece asociado a la protección familiar, las situaciones de tensión domésticas, podrán ser disparadoras de violencia o contra el propio núcleo afectivo o de convivencia.

¿Ud maneja?

1	No
2	Si
3	SI
4	No
5	SI
6	Si
7	Si
8	Ahora no, antes si
9	No

15 a 20	1	No
	4	No
	7	Si
21 a 45	2	Si
	5	Si
	8	Ahora no, antes si
46 a 65	3	Si
	6	Si
	9	No

Si respondió afirmativo antes: en general ¿Frente a que razones o situaciones, usted corre o correría el riesgo de un accidente manejando?

ALTO	1	.....
	2	Que estuviera preocupado por algo de mi familia
	3	El riesgo es lo mal que manejamos los uruguayos, yo trato de manejar bien. Y durante muchos años de mi vida estuve vinculado a los automóviles por el automovilismo deportivo aunque nunca corrí, conozco como se debe manejar y cosas que no se deben hacer pero llegado el momento lo hacemos. Por falta de una educación profunda
MEDI O	4	.....
	5	Alcoholizado o otras drogas, distraído, con la cabeza en otra cosa
	6	Y...si andas nervioso , apurado y los tiempo no son los mismos que cuando andas tranquilo
BAJO	7	Una distracción
	8	Eventualmente si tenés algún problema cuando vas manejando, los reflejos no son los mismos y podés tener un accidente.
	9	.....

15 a 20	1	
	4	
	7	Una distracción
21 a 45	2	Que estuviera preocupado por algo de mi familia
	5	Alcoholizado o otras drogas, distraído, con la cabeza en otra cosa
	8	Eventualmente si tenés algún problema cuando vas manejando, los reflejos no son los mismos y podés tener un accidente.
46 a 65	3	El riesgo es lo mal que manejamos los uruguayos, yo trato de manejar bien. Y durante muchos años de mi vida estuve vinculado a los automóviles por el automovilismo deportivo aunque nunca corrí, conozco como se debe manejar y cosas que no se deben hacer pero llegado el momento lo hacemos. Por falta de una educación profunda
	6	Y...si andas nervioso , apurado y los tiempo no son los mismos que cuando andas tranquilo
	9	

Los riesgos, más allá del consumo circunstancial de sustancias, tienen que ver con las preocupaciones, el estrés. Los accidentes no están tan alejados de la experiencia y de la posibilidad real de los entrevistados.

Y en la vida en general, ante la posibilidad de perder el trabajo o un ingreso económico importante, ¿corre el riesgo de un accidente?

ALTO	1	No
	2	No
	3	No
MEDIO	4	No, creo que no
	5	No
	6	No
BAJO	7	Si
	8	Y...sí, porque las cosas se te atraviesan en la cabeza
	9	No creo, solo alguna repercusión en la salud porque te sentís mal en todo sentido

15 a 20	1	No
	4	No, creo que no
	7	Si
21 a 45	2	No
	5	No
	8	Y...sí, porque las cosas se te atraviesan en la cabeza
46 a 65	3	
	6	No
	9	No creo, solo alguna repercusión en la salud porque te sentís mal en todo sentido

Prácticamente nadie cree que pueda tener un accidente debido a preocupaciones o ante una crisis. Sin embargo, en otras preguntas queda patente que los riesgos están presentes en el trabajo, por ejemplo al trabajar de guardavidas.

**¿Conoce algún servicio específico para atención de la salud de los varones? Si o no
¿Debería haberlo? Si o no y ¿Por qué?**

ALTO	1	No, no se
	2	No, y no sé, porque todavía no tengo edad para atenderme la próstata, pero cuando llegue el momento...
	3	No, no se porque discrimina a los hombres de las mujeres, porque además para mujeres tampoco hay. El médico puede ser un especialista como el urólogo que atiende a los hombres, pero no exclusivo para hombres
MEDIO	4	No, no sé...
	5	No, si, porque lo hay para las mujeres
	6	No, no sé...pero si hay para mujeres podría haber para nosotros
BAJO	7	No
	8	No conozco, pero si hay para mujeres podría haber para hombres ¿No?
	9	No, yo nunca fui. Tendría que haber.

15 a 20	1	No, no sé
	4	No, no sé...
	7	No
21 a 45	2	No, no sé porque discrimina a los hombres de las mujeres, porque además para mujeres tampoco hay. El médico puede ser un especialista como el urólogo que atiende a los hombres, pero no exclusivo para hombres
	5	No, si, porque lo hay para las mujeres
	8	No conozco, pero si hay para mujeres podría haber para hombres ¿No?
46 a 65	3	No, no se porque discrimina a los hombres de las mujeres, porque además para mujeres tampoco hay. El médico puede ser un especialista como el urólogo que atiende a los hombres, pero no exclusivo para hombres
	6	No, no se...pero si hay para mujeres podría haber para nosotros
	9	No, yo nunca fui. Tendría que haber.

La mayoría ni siquiera se ha planteado esa alternativa. En todo caso, es como una respuesta reactiva ante las especialidades para mujeres. La especialidad como la urología, tiende a identificar las diferencias orgánicas como justificativas de la atención especializada, centrándose en la próstata. Sin embargo, esta profesión también abarca la atención a mujeres, como señala un entrevistado. La argumentación sobre la necesidad de especialistas en la atención de varones es frágil, ubicada en el "deber ser".

¿Cómo se imagina su conducta en el futuro con respecto a su salud?

ALTO	1	Más saludable, porque ahora tengo 20 años, me gusta salir, tomar algo. Pero es una etapa, ahora estoy estudiando, no trabajo...
	2	Me voy a cuidar igual que ahora
	3	Re acercándome un poco mas con los médicos.
MEDIO	4	Y bueno, yo siempre trataré de cuidarme...
	5	Parecida a la que tengo ahora, pero cuidarme más porque ahora soy joven y bastante saludable y no hago muchos controles, pero tampoco mucho más.
	6	Y... yo soy descuidado, trataré de cuidarme mas
BAJO	7	Y...como siempre
	8	La misma que hasta ahora.
	9	Con más conciencia y más moderada. Cuidarse más y pensar un poco mas en lo que a uno le queda de vida.

15 a 20	1	Más saludable, porque ahora tengo 20 años, me gusta salir, tomar algo. Pero es una etapa, ahora estoy estudiando, no trabajo...
	4	Y bueno, yo siempre trataré de cuidarme...
	7	Y...como siempre
21 a 45	2	Me voy a cuidar igual que ahora
	5	Parecida a la que tengo ahora, pero cuidarme más porque ahora soy joven y bastante saludable y no hago muchos controles, pero tampoco mucho mas.
	8	La misma que hasta ahora
46 a 65	3	Re acercándome un poco más con los médicos.
	6	Y... yo soy descuidado, trataré de cuidarme más
	9	Con mas conciencia y mas moderada. Cuidarse más y pensar un poco mas en lo que a uno le queda de vida.

La mayoría considera el "buen propósito" de mejorar su cuidado y refiriéndose en algunas opiniones a un enfoque medicalizado. Cuidarse parece un esfuerzo, una meta, algo lejano. Cuidarse es algo a instaurar en una etapa posterior a la juventud. Las edades y los tramos socio económicos no aparecen tener una clara diferencia en los entrevistados.

En síntesis, los varones entrevistados ofrecen un campo rico para el análisis de aspectos escasamente considerados en los estudios sobre mortalidad y morbilidad. El enfoque de riesgo debería conjugarse con una mirada que incorpore la dimensión ideológica y existencial de la/s masculinidad/es. A pesar de las diferencias personales, matizadas por aspectos socio - económicos, culturales, personales, sin dudas la ideología masculina hegemónica está presente en estos varones.

Si se analizan los resultados de estas entrevistas en profundidad, con otros estudios, existen coincidencias y aspectos para explorar mediante la integración metodológica. Un ejemplo de ello, lo constituye, el ya mencionado y citado Estudio de Imagen Médica (SMU 2006), donde se le mencionan a los entrevistados, diferentes aspectos es el más importante para una buena salud:

CUADRO N° 42

Cuadro 4: Suma de menciones de los motivos por los cuales se tiene una buena salud según variables básicas (en el cuadro abajo se explican los rótulos de cada código)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sexo									
Masculino	43	24	22	28	26	20	8	9	10
Femenino	52	29	25	21	20	13	14	10	7

1	Cuidarse en las comidas y bebidas
2	Realizarse controles médicos periódicos, aún no enfermo
3	Disponer de una buena atención médica
4	Realizar regularmente ejercicio físico
5	Evitar hábitos y prácticas religiosas
6	Tener un físico resistente a las enfermedades
7	Evitar infecciones, contagios, etc
8	Tener dinero, una buena situación económica
9	Tener suerte

Fuente: SMU 2006

Entonces, cuidarse en las comidas y bebidas, aspecto que los hombres señalan como muy gratificantes en sus vidas (análisis cualitativo), serían a la vez, los motivos de cuidado (estudio cuantitativo), que se ubican mayoritariamente en el “deber ser”, más que en la realidad cotidiana, dada la mediana adhesión a las prácticas alimenticias y deportivas manifestadas (análisis cualitativo y estudio cuantitativo).

Análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a los informantes clave

La mortalidad de los varones como preocupación e interrogante

En primer término, el equipo de investigación puede afirmar que hay percepciones coincidentes en los y las informantes calificadas, sobre la mayor mortalidad masculina en todas las edades, con respecto a la mortalidad de las mujeres, con “un pico preocupante de mortalidad en hombres jóvenes”.

Se reconoce que este fenómeno vital sucede en todo el resto de los países desarrollados, donde hay componentes genéticos, de estilos y condiciones de vida, de posibilidades de acceso a la educación y atención en salud, entre otros factores. Surge de las entrevistas que, como en otros países, en Uruguay, en general, hay mayor nacimiento de varones y por lo tanto mayor mortalidad masculina, “aún en esa etapa donde se supone que los cuidados maternos unifican un poco las condiciones”, que la pirámide de edad en su vértice próximo a los 60/65 años se feminiza fuertemente, y de allí surge una preocupación clara y manifiesta acerca de cómo actuar frente a este fenómeno reconocido, pero escasamente abordado: “Se conocen las causas médicas, pero no las no médicas...”.

Percepción de las Patologías más frecuentes en los varones

- Los accidentes de tránsito,
- “Las afecciones cardiovasculares, “a pesar de que las mujeres luego de una cierta edad igualan la frecuencia, pero los varones hacen cuadros mas graves porque no se cuida en las etapas preventivas”.
- “El cáncer de pulmón, que hoy se está revirtiendo porque la mujer fuma más o igual desde hace muchos años...”. “Las mujeres en el afán de igualarse hemos tomado cosas que quizás no tendríamos que haber tomado”.
- Las ITS, “con aumento de enfermedades que teníamos prácticamente controladas como la sífilis o la gonorrea o el herpes”
- Los accidentes y enfermedades laborales, por exposiciones prolongadas a agentes tóxicos, “el desgaste excesivo para el organismo por el trabajo pesado”...” personas que empiezan a trabajar desde antes de la adolescencia, alejados del sistema de previsión social y cuando lo ves a los 60 o 70 años ya está muy deteriorado en su salud, lo ves en su historia de vida”.
- “La política pública tendría que rever lo de los accidentes laborales: ¿por qué los varones se están lastimando o accidentando o muriendo en diferentes actividades? ¿Por qué a las mujeres no les pasa eso? “.
- “Las enfermedades metabólicas... diabetes, obesidad, hipertensión, son más frecuentes en el varón, salvo en la menopausia donde son más frecuentes en las mujeres”.
- “La hipertensión al asociar tres factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad”.
- Las muertes violentas, en particular el suicidio,
- “El no cuidado”, “una cultura de menos auto-cuidado y pero de mas riesgo de todo...”, como varios lo han definido.
- “Los problemas de orden psíquico o psicológico debido al estrés, fuente de un importante ausentismo en personas de mediana edad...con hombres con cuadros más pasajeros y en mujeres más duraderos”.
- “La población usuaria de los servicios de sanidad militar es joven, no coincide con la pirámide de la población del país, solo 10% es mayor a 65 años. Existen accidentes vinculados a las actividades físicas como el entrenamiento, por ejemplo los traumatismos. También las enfermedades con mayor incidencia en la población joven las enfermedades respiratorias”.
- Además, “la población militar en fronteras está más expuesta, por ejemplo a las enfermedades infecciosas en los aeropuertos. Se formulan entonces planes de contingencia”.

- “Lo que más prevalece son los trastornos emocionales, ya que es una profesión con exposición a factores estresantes muy altos vinculados al entorno social que no escapa a cualquier otra franja de la población y a la profesión en sí, que es arriesgar su vida o ver como su compañero la pierde...”. (cuando se refiere a los varones policías)

Causas externas, la radicalidad del impacto en la salud del ser varón

Las causas de mortalidad englobadas en Causas externas muestran un porcentaje aproximadamente cuatro veces más alto en varones que en mujeres: accidentes, asesinatos, suicidios son patrimonio de varones y parecen ser un indicador o una interrogante fuerte sobre los efectos de un rol social construido desde una masculinidad tradicional aún fuertemente dominante.

Para los y las informantes, los accidentes de tránsito son básicamente ocasionados por hombres al volante y denotan comportamientos temerarios, como la velocidad de manejo, o claramente ilegales como es conducir alcoholizados o bajo los efectos de consumo de drogas. “El hombre es como si se mimetizara con el vehículo”.

En el caso de los suicidios, los y las informantes hablan del peso “de la depresión o la angustia, los problemas familiares o laborales impactan de una forma negativa en el hombre que se encierra en esa problemática, mientras la mujer tiene en general otros lugares para poder hablar y consultar”, acceso a otras redes sociales. El momento de la interrupción de la actividad laboral, en particular la jubilación también provoca crisis que pueden desembocar en suicidios: “las mujeres tienen una cantidad de roles y al jubilarse les queda tiempo para hacer todas esas actividades, pero en cambio el hombre que dedicó toda su vida al trabajo, queda vacío e incluso en su casa molesta y su mujer esta deseando que salga...”.

Los comportamientos diferenciales en el propio intento son reveladores: los datos muestran que por cada suicidio de un hombre hay casi diez intentos de suicidio no graves en la mujer, “una muestra de la capacidad de pedir auxilio de la mujer aunque no sea una forma muy ortodoxa. Ese intento de autoeliminación que está planificado para ser fallido es un llamado de atención para el sistema de salud y para la familia, mientras que el hombre se suicida con un método tal que es letal. No se toma 5 o 6 pastillas y dice “me quiero morir”, se pega un tiro en la cabeza y se mata”. Una afirmación apoyada en las condiciones de determinación y premeditación y la prevalencia de formas predominantemente violentas y agresivas que toma el suicidio en los varones.

En ese sentido, los aportes de las fuentes consultadas resaltaron la situación específica de los varones cuya profesión incluye el porte de armas (como lo son los uniformados), lo que se constituye en un factor de riesgo en una situación crítica de intento de auto eliminación. “Una vez la decisión adoptada, la dificultad del cómo esta resuelto, es un mecanismo de evasión rápido que no deja tiempo para nada”. Similar respuestas encontramos con respecto a la profesión militar donde “hay mayor incidencia del suicidio. Se colocan el fusil acá (zona posterior al mentón) y se disparan”.

Por otro lado, también se señaló la insuficiente capacitación que tienen los efectores del primer nivel para captar aquellas personas que están en riesgo de un intento de autoeliminación, y, en el caso, de “pasarlos al psiquiatra, no media en ese lapso ninguna medida preventiva del suicidio”.

Igualmente, surgen elementos sobre situaciones producidas en las emergencias donde la persona con intento de autoeliminación es muchas veces objeto de rechazo o de burla o de maltrato. “ No es lo mismo llegar con un infarto que con un intento de autoeliminación a una puerta de un hospital, sea público o privado...puede que se atienda las consecuencias físicas del hecho, la intoxicación, la herida de bala, los cortes que pueda tener pero no se los contiene desde el punto de vista mental”.

En línea con esta visión, fue colocado de manera espontánea el tema “del hombre como objeto de auto violencia y hetero violencia...atrapado en la violencia que genera y recibe.” y que según los y las informantes no está todavía suficientemente abordado por el sector salud, educación o seguridad.

“En general, cuando vos te enfrentás a un hombre violento estás viendo el final de un proceso”, una afirmación que trae toda la densidad de los procesos de socialización que no deben perderse de vista aún en el dramatismo de los hechos puntuales como son los homicidios, las violaciones, los abusos sexuales, la violencia doméstica o los accidentes protagonizados por los uruguayos. En ese sentido, durante las entrevistas surgió la necesidad de completar todas las estrategias de prevención de la violencia hacia la mujer con acciones y dispositivos que permitan comprender, analizar y encarar a los varones sujetos de violencias variadas, en estrategias más globales e integrales.

Finalmente, se preguntó por el hecho de que los varones mueren mucho menos que las mujeres por trastornos mentales y del comportamiento. La mayoría de los y las entrevistados afirmó no tener datos para emitir una opinión. Pero un par de especialistas fueron unánimes en decir que se trata de una clasificación que se presta a confusión en su denominación, ya que en realidad refiere a deterioros neurológicos muy graves, demencias como consecuencia de grandes depresiones de muchos años. “Muchas veces justamente las mujeres mueren más de demencia porque no se mueren antes de otras cosas...El hombre se murió de infarto o de otra cosa y no llegó a la demencia que es una etapa más terminal”. Concluyen, que es una clasificación que no ayuda a medir la morbilidad psiquiátrica, ya que conceptualmente se sitúa más en una perspectiva neurológica.

Los varones y la salud

En segundo término, los y las entrevistados abordaron las causas de este fenómeno más allá de lo estrictamente biológico, proponiendo dos órdenes de factores: por un lado, los componentes socio culturales vinculados a los hábitos de vida de los varones y su relación con la salud y, por otro lado, las condiciones de actuación de las instituciones de salud hacia los varones en términos de información, accesibilidad, receptividad, orientaciones, prioridades programáticas y aún normativas vigentes.

La mayoría de los y las informantes son contestes en afirmar que la relación del varón difiere nítidamente de la que tienen las mujeres con respecto al cuidado y control de su salud y a la vinculación con el sistema de atención médica.

Los testimonios recogidos concuerdan en su mayoría con el rol preponderante y tradicional de la mujer en el cuidado de la salud de los otros, de la familia, de los hijos, de los parientes enfermos, lo que se traduce en una rutina de acercamiento permanente al sistema de salud, en particular cuando se tienen hijos e hijas.

“La mujer tiene más costumbre por sus hijos, por todo el tema ginecológico, va al médico en situaciones de “salud” y después también cuando está enferma”. Un rol de cuidadora de la salud de la familia que iría instalando, en muchos casos, los propios hábitos de cuidado de sí, de una cultura más aceptada del control y prevención, “Yo veo que nosotras las mujeres tenemos mayores programas preventivos y los cumplimos por estar más cercanas a esa actividad en la familia”...

En ese sentido, es pertinente señalar los comentarios referidos a la contra cara de este rol tradicional de “cuidadora de generaciones, de descendientes...que a veces hace que ella se posterga también”.

De algunas entrevistas surge ese énfasis que desde la familia o la educación hay alertar y explicar casi exclusivamente a las mujeres niñas y jóvenes los exámenes y controles que tendrán que hacerse a lo largo de su vida, en cambio “no se explica que los varones pueden padecer esta o aquella enfermedad...nunca se le dice al varón ¡Hacete controles!”.

Un comportamiento de los varones frente a los riesgos que deja la sensación de una cierta invulnerabilidad o de omnipotencia, “una actitud prevalente” en los varones que algunos de los y las informantes constatan no solo en los servicios, sino en el propio entorno cercano “ Mas allá de las estadísticas, lo que uno ve en sus padres, en sus hermanos, en su familia, diferencias enormes, hay una sensación de que al otro le va pasar pero a mi no, poder fumar, comer cualquier cosa, manejar habiendo ingerido un poquito de alcohol...”

En general, de las entrevistas surge que en la trayectoria de los varones hay un nítido corte en su relación con la salud, su cuidado y el sistema, que se produce en el final de la adolescencia, “cuando deja de ir con la madre al pediatra, ahí larga y se aleja del sistema”. Frente a esta situación, varias son las opiniones de que “el sistema también se tiene que adecuar” promoviendo nuevas modalidades de vinculación, mas allá de la propia responsabilización que tiene que generarse en los propios varones. Un ejemplo de buena práctica que fue mencionado refiere a los espacios adolescentes que se vienen implementando por el programa de salud del adolescente y que representan una respuesta a esa situación.

Ese escasa prioridad o valor agregado o desconocimiento asignadas a las actitudes y prácticas de prevención y control de la salud por parte de los varones son muchas veces obstáculos para iniciativas sanitarias tal cuál lo surge de las entrevistas, “Nosotros empezamos ahora una evaluación de prevención con todos los funcionarios policiales en actividad para hacer el carné de salud...y el propio funcionario se pregunta ¿por qué me llaman si yo tengo un carné que me puede servir? “

En general se percibe, que los varones “sólo consultan en una situación avanzada de enfermedad”, “desvalorizan el síntoma”, “consultar les parece un signo de debilidad”, “no pueden parar, solo cuando revientan” en una clara alusión al rol tradicional del varón fuertemente introyectado de proveedor y sostén económico de la familia. Según una entrevistada “la mujer puede permitirse ser más vulnerable, pero el varón...soy hombre y tengo que aguantar, porque soy guapo”.

“Yo conozco muchos casos en que el hombre espera, la mujer insiste y él no va”.

“No conozco a ningún varón que diga me voy a hacer un chequeo anual. Eso es más de las mujeres”.

Frente a la enfermedad, también las entrevistas permitieron distinguir las percepciones sobre las reacciones de varones y mujeres: “en las ITS donde la mayoría son hombres, tienen una gran resistencia a seguir el tratamiento, a aceptar la enfermedad, a apostar al seguimiento y al tratamiento...cuando la mujer lo asume y lo hace más fácilmente”. En todos los casos, estas conductas tienen un impacto en la adherencia a los tratamientos.

“Un caso es el de la vacuna antitetánica donde la mayoría de los que no han completado son los varones...Tenemos en el país una gran cobertura con un gran población vacunada pero que no están cubiertos por 10 años porque no culminan con la primera etapa, esto se ve básicamente en los hombres, y eso que tienen los mayores riesgos laborales”.

Un caso específico lo representan los varones pertenecientes a las FFAA según las opiniones de los interlocutores: “En el grupo específico de los militares, cuidan mucho más la salud a partir de la realización de deportes de carácter obligatorio. El estado físico influye en sus carreras pues en las pruebas de ascenso se evalúa la salud y el estado físico”. Un requerimiento igual para hombres y mujeres que se acentúa cuando se participa de las misiones de paz.

Algunos entrevistados perciben cambios en curso, muchos alentados por acciones o campañas, “más allá de los medios de comunicación, en el sistema educativo, en la escuela o en el liceo, se esta invirtiendo en campañas para decirles a los niños vos tenés que cuidarte más, tenés que hacer deporte ...y hay un plan de nutrición...para que los niños sean reproductores en los hogares”.

En la misma dirección opina otro entrevistado aludiendo a las modificaciones percibidas al menos en algunos estratos socio económicos, “hace unos años por ejemplo era difícil ver a un individuo estar haciendo aerobismo en la rambla y ahora vemos que el número de hombres es tanto o igual a las mujeres...hay un cambio en el hombre de querer cuidar su físico”.

Esta entrevista introduce claramente la variable del nivel socio económico a la hora de analizar los comportamientos de los varones frente a la salud. “Es como en la pirámide de Maslow...el hombre principalmente lo que busca en una primera fase es satisfacer sus necesidades básicas y a partir de ahí empezar a tratar de cumplir o completar las otras necesidades que no son tan importantes. Entonces una persona que a determinado nivel económico social, cultural ha superado las etapas básicas, creo que puede o siente necesidad de aspirar a una mejor calidad de vida mediante práctica de ejercicio o de cuidarse en las comidas”.

El papel y la oferta de los servicios de salud

En la casi totalidad de los y las entrevistados/as existe la percepción compartida de que los servicios de salud con su organización actual no ofrecen políticas o respuestas específicas para el abordaje de las necesidades de promoción y prevención en salud de los varones, “el sistema de salud no esta orientado a proteger a los varones...los servicios no están pensados para atraer a los varones, desde los horarios en que se atiende hasta el, de los equipos de salud”.

“Yo creo que en las mujeres se promueve la mamografía, el PAP. En el hombre, no. Hay como más esfuerzo en Salud Pública y quizás los medios de comunicación, sea TV CIUDAD, sea TV Abierta, que llega a mucha gente, le dicen vaya, que se puede hacer la mamografía, prevenga el cáncer de útero. La mujer se ve como bombardeada con esa información y el hombre no se ve bombardeado. Ahí está todo el tema de la vulneración de las mujeres: el mensaje implícito...”

Cuando se indagó, de manera más detallada si las instituciones de pertenencia de los y las entrevistados/as realizaban acciones específicas hacia los varones en promoción de salud, protección específica ante determinados trastornos, enfermedades mentales, violencia doméstica o modelo de atención, la respuesta fue generalmente negativa.

Los varones afro-descendientes, no merecen desde las investigaciones y desde el sistema de salud, la atención necesaria, considerando los determinantes de la salud, y con características comunes y a la vez disímiles de la diáspora afro.

Es decir, en las instituciones se realizan esas líneas trabajo pero hacia la totalidad de usuarios, sin una segmentación por género en la mayoría de ellas. “Por ejemplo en los grupos de cesación de tabaquismo concurren más varones y en los grupos ODH, obesos, diabéticos e hipertensos van mas mujeres pero es una cuestión cultural y no que vayan dirigidos específicamente a unos u a otros”.

Siguiendo esa línea de razonamiento, surgió que en los centros de primer nivel la conformación del propio equipo – ginecólogo, pediatra, vacunadoras – orienta a priori fuertemente el público al que se llega a nivel barrial. Lo que sumado a las modalidades de funcionamiento – “el horario en que nosotros atendemos los varones están trabajando”- no permite una llegada significativa a los varones, jóvenes en particular. A esto se agregó la reflexión de la situación laboral de muchos hombres definida por el empleo informal, zafral, cuentapropista, precario y muchas veces no declarado, “hace muy complicado el tema de faltar a trabajar porque estoy enfermo”.

Para algunos informantes, estos aspectos culturales relacionados con los mandatos de género, se refuerzan o al menos inciden algunos aspectos de los servicios de los servicios, en particular la organización y accesibilidad de los mismos. “El servicio funciona en horarios que coinciden con el horario en el cual trabajás... hoy es similar para el hombre y la mujer que trabajan, pero está el hecho de salir un poquito más temprano o llegar un poquito más tarde en el trabajo, algo que en la mujer se da o se acepta más fácilmente, o tiene menos prurito, por ejemplo, “hoy voy a salir más temprano para ir al ginecólogo”

En ese sentido, los aportes recogidos están identifican una cierta dinámica o inercia excluyente, no deseada obviamente como efecto colateral, que se retroalimenta como resultado del entrelazamiento de las actitudes y prácticas mayoritarias de los varones respecto de la salud, de las prioridades de las políticas y estrategias básicamente orientadas a las mujeres e infancia, al binomio madre/hijo-a y finalmente por la organización y funcionamiento de los servicios.

Estas políticas estratégicas han tenido una traducción en la propia legislación laboral que habilita y ampara a las mujeres a realizarse ciertos exámenes de control y prevención en su tiempo de trabajo remunerado. El efecto no deseado de medidas de promoción y prevención de salud, claves para la mejora significativa de la salud de la mujer, parece ser, a juicio de varios informantes, el hecho de no haberse acompañado de iguales condiciones para el varón, “pensando en la equidad se han ocupado solo de las mujeres”. Por ejemplo para la prevención del cáncer de próstata, o de colon, o la promoción y control de la salud ocupacional.

“La mujer se ve bombardeada con la información...vaya que se puede hacer la mamografía, prevenga el cáncer de útero...y el hombre no...queda como en un segundo plano”

“Cuando surgió el FONASA me dijeron andá a hacerte el chequeo. Voy y el médico me mira y me dice ¡Vos estás bien!”...No es que esté bien, yo quería hacerme un chequeo!”

Igualmente, en una mirada dinámica, se reconoce los avances importantes que han representado las normativas que estimulan y habilitan a la presencia del padre en el momento del parto, aún con las dificultades de implementación. Asimismo, “el haber desmitificado las consultas de anticoncepción hace que los varones también vengan a buscar sus preservativos y anticonceptivos para sus compañeras”.

También se destacó todas las acciones de comunicación desarrolladas en el marco de la prevención del sida, orientadas a promover el uso del preservativo, “es al hombre a quien apunta a que use el preservativo...apunta claramente al tema masculino...que se proteja y proteja a ella”.

Una de las fuentes consultadas refirió a las condiciones de trabajo de los funcionarios policiales que desarrollan sus horas reglamentarias, más sus horas extras y en la mayoría de los casos con domicilios muy distantes, y para los cuales consultar es “perder la posibilidad de hacer horas extras...por eso padecen cosas, buscan otras opciones caseras, como para resolverlas porque tienen miedo de perjudicarse en lo económico”. Frente a esta situación se diseñó “una ventanilla en el Hospital donde puede obtener tiempos de consulta y tiempos de resolución óptimos” de manera de hacer frente a las preocupaciones de los funcionarios activos, atender la causa por la que consultan y hacer frente al “otro componente que lo enferma, que es perder el tiempo o que no le solucionen las cosas a tiempo”.

En la entrevistas aparecieron también los beneficios de las sinergias interinstitucionales para abordar la complejidad de la demanda: por ejemplo el Servicio de Toxicología actuando en convenio con el Fondo Nacional de Recursos para enfrentar las varias situaciones de consumos incluyendo las familias de los funcionarios, o trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud Pública sobre toda la temática de la Salud Ocupacional.

De la misma manera existe un convenio con Sanidad Militar con el Fondo Nacional de Recursos para abordar el tema del tabaquismo pero que actualmente no está activo, a pesar de que la población potencialmente usuaria “proviene de un nivel socio económico medio bajo hasta la pobreza extrema”.

Obviamente, esta afirmación esta íntimamente ligada al valor o al lugar dentro de las prioridades que le dan los varones a los cuidados de su propia salud. Definido de manera más operacional, podemos decir que es el esfuerzo traducido en tiempo, actitudes, comportamientos que apuntan un cuidado activo, consciente, intencional de su propia salud, de su propio cuerpo, en varias áreas de su vida cotidiana. Y que obviamente van más allá de su rutina instalada o no de controles preventivos y seguimientos de los consejos médicos.

¿Qué podría hacerse?

Un punto interesante que surge de las varias entrevistas es una cierta tensión entre dos miradas respecto como enfrentar las necesidades, más que demandas, de la salud de los varones. Por un lado, la propuesta de implementar acciones orientadas específicamente hacia los varones por parte del sistema de salud en particular y por otro lado, la demanda para que exista un mejor aprovechamiento y profundización de los programas en curso de manera de generar una dinámica inclusiva de los varones.

Ambas perspectivas o miradas apuntan ciertamente a profundizar las acciones de salud desde una perspectiva de derechos y de género, balanceando esa percepción de “ausencia o olvido de los varones”, pero sus implicancias a nivel estratégico y operativo son obviamente diferentes.

Varios de los y las informantes coincidieron que para operar en esa dirección de integralidad se deben superar algunas esquemas en los cual trabajar por las mujeres o por los varones es una cuestión contradictoria, asumiendo plenamente el enfoque de derechos como ciudadanos/as.

- “Históricamente al hombre se lo ha dejado un poco de lado...por ejemplo hay un área importante que se ha priorizado, la materno infantil, el famoso binomio madre / hijo-a, pero que hacen con el padre?...por que no aprovechar e incluirlo en esa etapa?”. Por lo cual, muchos de los aportes hablan de cómo enfrentar “esa lejanía de los varones de los sistemas de salud” y por lo tanto “implementar nuevas estrategias de captación” así como de reducción de “algunas barreras institucionales que terminan haciendo que se vayan”.
- Generar políticas públicas que apoyen desde la convicción más que desde la imposición, menos en el disciplinamiento y más en la información adecuada y cercana y continua.
- En servicios que se perciben ya con muchas tareas, se acentúa la posibilidad de continuar profundizando en los aspectos de promoción de salud, en los espacios dentro de los propios servicios y en los espacios laborales, comunicacionales, etc.
- Mejorar los sistemas de información, que no pasa solo por duplicar, hacer más de lo mismo, sino cambiar la mirada de los profesionales sobre la importancia de los datos, “un cambio cualitativo”, por lo cual habría que incidir en la formación de los recursos humanos.
- Otras modalidades de acceso, de atención en policlínicas más adecuadas y más cercanos a los varones....“Si sabemos que el hombre va menos a los centros de salud, porque no buscar aquellos espacios que él usa de esparcimiento, de trabajo, para poder llegarle...y que ejerza también su derecho a la salud?” Según las entrevistas, en algunos países, se constató que los mensajes típicos por televisión y las cartillas y folletos tradicionales educativos que sí atraían a las mujeres, no tenían mucha llegada en los varones. En ese sentido, se propone pensar creativamente en espacios propios del perfil de varón uruguayo, por ejemplo el fútbol, o de manera más general el ámbito laboral “por lo importante que es para el hombre, por las horas que le dedica y porque legitima las intervenciones”.
- “...Que la Intendencia municipal promueva un día libre por año para los funcionarios varones mayores de 40 años puedan concurrir a un control urológico, como una medida para trabajar contra el cáncer de próstata”.
- Carnet de salud obligatorio para toda la población como herramienta de captación y control, de educación y de derivación. Esto ayudaría a volver a generar el vínculo con un mismo profesional a lo largo del tiempo y sostenerlo.
- En vez de servicios específicos para la atención de la salud de los varones, se propone implementar estructuras accesibles para todos y todas por igual, “un servicio integral que abarque al que lo necesite... y que debería estar adecuadamente instrumentado para atender varones y mujeres en un plan de igualdad”.
- “Como hay un servicio de mamas, podría haber un centro de próstata...pero lo que realmente beneficiaría la salud del varón y la medicina en general sería un centro de promoción y protección de la salud de los varones con la incorporación de la actividad física.

- En el caso de Sanidad Militar si se contara con los avales y los recursos correspondientes se propone trabajar más sobre el tema adicciones, realizar un screening de consumo de diferentes sustancias, en el entendido que “un solo adicto en esta profesión puede ser peligroso”. También ello es señalado par a varones pertenecientes a minorías étnicas y /o sometidos a situaciones estresantes desde el punto de vista laboral.

Análisis de las comunicaciones del Ministerio de Salud Pública

Este estudio hizo hincapié en los documentos que distribuye el Departamento de Información para la Salud de DIGESA - MSP, de diferente tipo: folletos, volantes, stickers y librillos de fichas informativas. Se analizaron 49 materiales: ninguno de ellos refería a temas de salud exclusivamente dirigido a los varones, menos aún con perspectiva de género.

El hombre aparece, nuevamente, como la generalidad de la humanidad. El Programa Nacional Salud de la Mujer y Género y el Programa Nacional de ITS – SIDA, se distinguen por integrar a los varones desde una perspectiva de derechos y responsabilidades, integrando la dimensión de género en sus comunicaciones.

En estos tópicos se distingue la prevención primaria respecto del VIH, en varones afro-descendientes y varones no afro-descendientes, en varones en calidad de pareja durante el cuidado en el embarazo, parto y puerperio.

TITULO	PROCEDENCIA	CONTENIDO	FORMATO	Sexo DESTIN.		EDAD DESTINATARIOS
				H	M	
Métodos anticonceptivos	Programa Nac. De Salud de la Mujer y Género	Información general sobre Métodos anticonceptivos Y lugares de referencia	Tríptico color	x	x	Jóvenes
Vos podés elegir cuando tener un hijo	MSP	Información general sobre Métodos anticonceptivos Y lugares de referencia	Tríptico color	x	x	Jóvenes y adultos/as
Derechos sexuales y reproductivos	Programa Nac. De Salud de la Mujer y Género	Información General sobre Derechos sexuales y reproductivos	Tríptico color	x	x	Jóvenes
“Te cuida me cuidas”	Programa SIDA	Información general sobre Prevención ITS-SIDA y lugares de referencia	Tríptico color	x	x	Jóvenes
“A JUGAR TODOS”	Varios	Información sobre la importancia de la no discriminación de niños/as que conviven con VIH	Historieta color	x	x	Padres, maestros/as, niños/as
Prevención SIDA “Y vos, ¿cómo encarás el SIDA?”	Varios	Información sobre qué es, y como se previene el VIH y lugares de información	Tríptico color	x	x	Jóvenes, mujeres y varones
Prevención SIDA “Y vos, ¿cómo encarás el SIDA?”	MSP OPS PROGRAMA SIDA	Información sobre qué es, y como se previene el VIH y lugares de información	Tríptico color	x	x	Afrodescendientes jóvenes
Por ti y tu bebe	MSP	Información sobre sífilis y VIH	Díptico color		x	Mujeres en edad fértil y embarazadas
Para su crecimiento y desarrollo	MSP	Promoción de la leche materna	Tríptico color		x	Mujeres con bebe recién nacido
Amamantar sin demora	MSP Programa Nacional de S. de la Niñez Prog. Nac. De Salud de la Mujer y Género	Promoción de la leche materna	Volante		x	Mujeres con bebe recién nacido
¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?	Prog, Prioritario ITS/SIDA MSP	Información Prevención ITS, uso correcto del condón	Tríptico color	x	x	Personas sexualmente activas

Hacelo bien. Usa condón	MSP ONUSIDA MSP	Información Prevención SIDA uso correcto del condón	Tríptico color	x	x	Personas sexualmente activas
Conmigo con condon	Programa SIDA	Información Prevención SIDA uso correcto del condón	Volante	x	x	Personas sexualmente activas
Personal de salud	MSP Prog. Nac. De Salud de la Mujer y Género	Recordatorio para la aplicación del formulario de violencia doméstica	Tarjeta	X	X	Personal de salud
Rompamos el silencio por la vida	Red Uruguay....	Prevención violencia doméstica	Volante	x	x	Todo público
Pastillas anticonceptiva s de emergencia	MSP	Información sobre las pastillas anticonceptivas de emergencia	Tarjeta tríptico	X	x	
La ternura también es cosa de hombres	VARIOS	..... .....	PEGOTIN	X	X	TODO PÚBLICO
Material educativo sobre la salud de las mujeres	Proa. Nac. De Salud de mujer y Género MSP	13 fichas informativas sobre la salud femenina	Carpeta con hojas A4	X	X	Facilitadores de grupos (docentes, líderes comunitarios, etc.)
Una guía saludable para nosotras	Instituto nacional de las mujeres	Información sobre salud y derecho de las mujeres	Librillo color 124 pgs.		X	Todo público
Guía para las mujeres embarazadas	Proa. Nac. De Salud de mujer y Género MSP	Información sobre embarazo y parto	Librillo 25 pgs.		x	Todo público
Las mujeres de todas las edades tienen derecho a una vida saludable	Prog. Nac. De Salud de mujer y Género MSP	Promoción de derechos y de búsqueda de información	Tríptico		X	Todo público
Cáncer en las mujeres	Prog. Nac. De Salud de mujer y Género MSP	Información sobre la prevención de cancer femenino	Tríptico color		x	Todo público
Vení, acompañame	Prog. Nac. De Salud de mujer y Género MSP	Promoción de la compañía antes y durante el parto	Tríptico color	x	x	Todo público
Si tu boca está sana tu bebe también	Prog. Nac. De Salud bucal MSP	Promoción del cuidado bucal durante el embarazo	Díptico color		x	Todo público, preferenteme nte embarazadas
Programa Nacional del Adulto Mayor	Programa Nacional del Adulto Mayor MSP	Institucional del Programa Nacional del Adulto Mayor	Díptico color	X	X	Todo público, preferenteme nte adultos mayores

Fichas temáticas I	Programa Nacional del Adulto Mayor MSP	Información sobre comportamientos saludables en los adultos mayores	Carpeta con fichas	X	X	Adultos mayores
Fichas temáticas II	Programa Nacional del Adulto Mayor MSP	Información sobre comportamientos saludables en los adultos mayores	Carpeta con fichas	X	X	Adultos mayores
Alimentación saludable de las y los adultos	Programa Nacional de alimentación MSP	Información sobre grupos de alimentos y porciones recomendadas	Tríptico color	X	X	Todo público
Guía sobre la diabetes	MSP	Información sobre la diabetes	Librillo color 11 pgs.	X	X	Todo público
Gripe	MSP	Promoción de vacuna contra la gripe	Volante color	X	X	Todo público
Ojo con el glaucoma	MSP	Información sobre glaucoma	Díptico color	X	X	Todo público
La catarata	Programa Nacional de Salud Ocular	Información sobre cataratas	Tríptico color	X	X	Todo público
Uruguay saludable	MSP	Promoción del Sistema Integrado de Salud	5 adhesivos color	X	X	Todo público
Manos limpias manos seguras	MSP	Promoción higiene de manos en el entorno sanitario	Díptico	X	X	Personal de la salud
Se busca	MSP Programa nacional de chagas	Prevención de la Enfermedad de Chagas	Afiche pequeño	X	X	Todo público
¿Qué es la Meningitis?	MSP Epidemiología	Información sobre meningitis	Díptico	X	X	Todo público
Serpientes	MSP Serpentario	Información sobre prevención y tratamiento inmediato de mordeduras de serpientes	Tríptico color	X	X	Todo público
Gracias por no fumar	MSP Alianza nacional para el control del tabaco	Promoción de ambientes libres de humo de tabaco	Adhesivos	X	X	Todo público
Todos tenemos derecho a respirar aire puro	MSP OPS	Promoción de ambientes libres de humo de tabaco	Desplegable	X	X	Todo público
Alimentación saludable de las y los niños y escolares de 6 a 9 años	Programa Nacional de alimentación MSP	Información sobre grupos de alimentos y porciones recomendadas	Tríptico color	X	X	Todo público
No te des...hagas la cabeza	Programa Nacional de prevención de accidentes MSP	Promoción de uso de casco de bicicleta	Volante color	X	X	Todo público

Consejo para un tránsito saludable	Programa Nacional de prevención de accidentes MSP	Promoción de comportamientos de autocuidado en el tránsito	Volante color	X	X	Todo público
Consejos para disfrutar un turismo saludable	Programa Nacional de prevención de accidentes MSP	Promoción de comportamientos de autocuidado.	Tríptico color	X	X	Todo público
Use las escaleras	Programa Nacional de prevención de accidentes MSP	Promoción de actividad física	Afiche autopegable	X	X	Todo público
Decile NO al dengue	MSP	Prevención de DENGUE	Tríptico y díptico	X	X	Todo público
Cantar Besar Etc	Dirección General de la Salud MSP	Promoción de salud bucal	Díptico	X	X	Todo Público
Hepatitis A	MSP	Información y medidas preventivas	Tríptico	X	X	Todo público
Zoonosis ocupacionales	Dirección General de la salud MSP	Información y medidas preventivas	Tríptico	X	X	Todo público
Riesgos ocupacionales	Dirección General de la salud MSP	Información sobre riesgos químicos	Tríptico	X	X	Todo público

El Programa Nacional Salud de la Mujer y Género, a través del Área Condición del Varón y Salud de las Mujeres ha desarrollado, con apoyo de UNFPA, investigaciones sobre la participación masculina tanto en el rol de coordinadores- proveedores de servicios, como de usuarios de los servicios. Por otra parte, en las guías normativas y recomendaciones para la atención de violencia doméstica hacia las mujeres, en salud sexual y reproductiva (anticoncepción, atención de embarazo, parto y puerperio) refiere específicamente a los varones. Se han editado materiales educativos – informativos específicos para la prevención de la violencia masculina y para involucrar a los varones en la salud sexual y reproductiva.

Principales conclusiones de la Investigación

El estudio ha intentado abarcar diversas dimensiones de la salud de los varones uruguayos. Puede ser considerado una primera investigación al respecto, que de todas formas, no integra otras informaciones a las que no se ha accedido o aún no hay evidencia suficiente. Por ejemplo, poblaciones de varones en espacial vulnerabilidad (como los hombres privados de libertad, los varones en ocupaciones de alto riesgo ocupacional), entre tantos otros grupos humanos.

A partir de los resultados de la investigación, y considerando la triangulación metodológica, es posible aproximarnos a las siguientes conclusiones en lo que refiere al estado actual de la salud de los varones:

- La esperanza al nacer de los varones resulta inferior a la de las mujeres. Para el año 2009, la misma alcanza los 72.6 años para varones y 79.8 para las mujeres. A lo largo de los 13 últimos años, la esperanza de vida de los varones aumentó en 2.7 años, mientras que para las mujeres el incremento ha sido menor: 1.9 años. Para el año 2015, según la proyección del INE, los varones tendrán una esperanza de vida al nacimiento de 73.7 años, frente a 80.7 de las mujeres.
- La población masculina, según el Censo 2004, fase 1 (INE) ha alcanzado los 1.565.533, mientras que las mujeres era de 1.675.470. La población de varones en el área urbana es prácticamente 10 veces superior en el medio urbano que en el medio rural 1501.171. El índice de masculinidad en los años 2008 y 2009 es de 93.4. Dicho índice sigue una tendencia descendente desde 1996 (94,2) para virar hacia una tendencia ascendente a partir de este bienio, esperándose para 2015 un índice de masculinidad de 93,7.
- Las principales causas de muerte en los varones continúan siendo las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas. Las dos primeras causas representan más de la mitad de las muertes masculinas. Señalamos que los datos actuales no permiten una discriminación étnica.
 - Las causas cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en varones y en aumento. Según el informe de la División Epidemiología y Estadística de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (2007), las defunciones por causas cardiovasculares tienen un pico en los varones, anterior en unos diez años con relación a las mujeres.
- Respecto a la mortalidad por tumores en los varones ha tenido una tendencia levemente descendente en el período 1997 – 2007. Las causas de cáncer de pulmón, próstata y colo - rectal reúnen casi dos terceras partes de casos por muerte por neoplasias. Las neoplasias del sistema respiratorio son muy superiores en los varones, a pesar de la tendencia creciente de las mujeres por el nivel de consumo de tabaco.
- En las Causas Externas, los varones se mueren 2 veces más que las mujeres para el año 2007, relación que aumenta en los suicidios cometidos por armas de fuego a 6 a 1. La percepción de los informantes calificados es el mayor riesgo que tienen policías y militares por tener resuelto el tema del acceso al arma de fuego. Además, resulta claro que la relación de los varones con la violencia es mucho más intensa que la de las mujeres, tanto hacia el otro género, como entre ellos mismos, sobre este punto se volverá más adelante.
- Según la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo sobre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, se observa que el índice de masculinidad disminuye al aumentar la edad, lo cual se explica - entre otros factores - por el fenómeno de sobre - mortalidad masculina, que lleva a la denominada “feminización de la vejez”. Ello se encuentra relacionado con el estilo de vida y los determinantes sociales de la salud de los varones uruguayos, como lo señalan otros estudios relacionados.

- Consistente con lo anterior, según dicha Encuesta, los varones son más fumadores y más bebedores, que las mujeres, y en el caso del alcohol, claramente mayoritarios también en las situaciones de exceso.
- Según los informantes calificados, las principales causas de mortalidad están asociadas a componentes socio culturales y estilos de vida, relacionados con el género y enmarcado en un modelo de masculinidad tradicional - hegemónica. Por lo tanto, algunas de las principales características señaladas por los informantes calificados – asumir y administrar los riesgos, “trabajar hasta reventar”, reticencia a consultar - son dimensiones constitutivas de la masculinidad tradicional, lo que, en general, favorece diagnósticos tardíos, episodios más graves o enfermedades en estadios mas avanzados, situaciones de estrés o depresiones silenciadas con finales radicales. El análisis cualitativo de los discursos de los varones entrevistados muestra que, en general, no aceptan la idea de la auto eliminación.
- La mortalidad por Accidentes de tránsito es en promedio 3 veces más en varones que en mujeres, relación que acentúa en el tramo etario de 15 a 29 años, donde pasa a casi 5 veces más según datos del 2007.
- Las Causas Externas de muerte ponen como ningún otro indicador la violencia creciente como dimensión instalada en la masculinidad dominante, la violencia contra sí mismo, en relación a otros varones y hacia las mujeres. Su incremento fue objeto de preocupación de la mayoría de los informantes y también se sustenta en los estudios citados en el cuerpo de este informe. Las muertes violentas por agresiones son casi 3.5 veces mayores en los varones que en las mujeres.
- La mortalidad por VIH/SIDA ha descendido abruptamente en los varones, lo que se demuestra en la cifra de de 0.7 para 2004 y de 0.2 para 2007, lo que contrasta con la dinámica de las mujeres que pasan de 0.2 a 0.1 en el mismo período. Cabe preguntarse por qué se mantienen los comportamientos de riesgo en las prácticas sexuales de los varones, incluyendo todas las orientaciones sexuales, en general con un buen flujo informativo, desde hace años. En ese sentido, la totalidad de los entrevistados, en calidad de ciudadanos y usuarios del sistema de salud, no han utilizado preservativo en sus relaciones sexuales, con pareja estable o no.
- Según los estudios de la publicación “Miradas diversas” ya citada, los y las jóvenes tienen su inicio sexual cada vez más temprano y en esa “primera vez” se cuidan en altísimos porcentajes, en particular con el uso del preservativo (más de 80%). Pero en la última relación, hay un descenso notorio de entre 30% a 40% en el uso del preservativo, que si bien se compensa con el incremento de las pastillas, no previene los riesgos de la infección por VIH.
- La epidemia del VIH/SIDA continúa siendo una infección básicamente masculina, casi 70% de los casos, más allá de la vía de transmisión y de la orientación sexual, lo que pondría en evidencia la permanencia en el tiempo de comportamientos de riesgo sostenidos. Sin embargo, a la fecha, no se disponen de estudios o investigaciones sobre estos aspectos que relacionan masculinidad, orientaciones sexuales y prácticas de riesgo respecto de la epidemia.
- Desde la perspectiva de los varones usuarios del sistema de salud, en su mayoría *estar sano* responde a un concepto de salud convencional, es decir a la ausencia de enfermedades. Asimismo, para estos entrevistados el cuidado de la salud está expresado en la realización relativa de deportes y el cuidado de la alimentación, una actitud ausente de los controles de salud, una consulta tardía, en una mayoría de varones.
- La disociación entre el discurso y la actitud es evidente: de los nueve entrevistados, siete consumen alcohol, algunos todos los días, siendo que la mayoría ha tenido episodios de exceso. Las formas de sentir placer y disfrutar la vida están condicionadas culturalmente, y la inducción en la adolescencia en el uso y abuso de sustancias resulta preocupante, de acuerdo a los estudios analizados. Los resultados de la Encuesta sobre Imagen Médica y la Encuesta sobre Enfermedad Crónicas No Transmisibles demuestra esta distancia entre discurso y práctica, en lo que refiere a calidad de vida, riesgos y prácticas. También resulta

significativo que a los usuarios las principales aspectos de la vida que le causan placer son los afectos, el sexo y la alimentación.

- Los varones entrevistados en su mayoría no se han planteado qué define su “identidad masculina”, salvo en lo relacionado a la sexualidad. Esta es entendida, naturalmente, asociando heterosexualidad con masculinidad. Por otra parte, los roles de género masculino, el ejercicio de la paternidad y abrazar ciertos valores, integran esta pregunta que raramente los varones se hacen, porque probablemente, creen que así nacen.
- La expectativa de vivir más años de los que realmente se desea, podría estar vinculado al temor al “deterioro” que puede significar la longevidad masculina, cuando al mayoría es conciente de su escaso cuidado en salud y quizás también al abandono del rol tradicional de proveedor activo. Otro aspecto a destacar, desde lo cualitativo, en la totalidad de los discursos de los usuarios, es la declaración que cuando están enfermos son cuidados únicamente por las mujeres (novia, esposa, madre). Existen
- La gran mayoría de usuarios entrevistados no ha realizado ninguna consulta vinculada a la salud mental, lo cual es consistente con los datos estadísticos analizados. Por ejemplo, con el estudio realizado sobre la ECH del INE (Trylesinsk, 2007), donde muestra un escaso 3% de varones que consultan a profesionales del área psicológica. Sobre la sexualidad, afirman estar satisfechos con su vida sexual, a pesar que dos varones han tenido disfunciones sexuales.
- Los informantes calificados visualizan críticamente la relación del modelo tradicional de masculinidad, centrado en el rol de proveedor, invulnerable y omnipotente respecto de su cuerpo, y el cuidado y la atención de la salud. Sin embargo no hay un cuestionamiento de ese modelo de masculinidad dominante ni de las relaciones de género resultantes, lo que parecería indicar que el análisis se apoya aún predominantemente en el enfoque de riesgo que en los factores determinantes de la salud y la enfermedad y la perspectiva de género.
- La gran mayoría de los informantes calificados encuentra de alto interés, el mayor desarrollo de investigaciones que profundicen en torno a la salud de los varones, así como elaborar estrategias específicas que, con enfoque de género relacional y generacional, aborden la promoción y atención en salud de los varones.
- El análisis de los materiales informativos producidos por el MSP no incorpora la salud de los varones como un grupo poblacional, con perspectiva de género, contando con las excepciones del Programa Nacional de VIH – SIDA y el Programa Nacional Salud de la Mujer y Género. Ello demuestra el necesario trayecto hacia la transversalización del enfoque de género y derechos en la DIGESA y ene I MSP en su conjunto.

Algunos aspectos a considerar por parte del MSP

Según datos del BSE, hay en promedio por año, 30.000 accidentados del trabajo, 60 muertos y casi 700 personas con secuelas, ¿Quiénes son? Uruguay carece de un sistema de información unificado sobre el trabajo remunerado. Existe una información del I.N.E acerca de la ocupación, otra de los trabajadores registrados por el B.P.S y la información existente en B.S.E sobre accidentes (reconocidos) y enfermedades profesionales (reconocidas por el BSE). No hay estadísticas en el M.T.S.S.

La diversidad de identidades y prácticas sexuales masculinas no es un tema que haya surgido espontáneamente. Varios estudios estiman que los uruguayos homosexuales representarían aproximadamente 5% de la población en general, pero no conocemos sus demandas o necesidades específicas en salud.

La población afro-descendiente en Uruguay representa aproximadamente 10% del total. Los informantes calificados mencionaron como específica la hipertensión arterial más severa. Según el Informe del PNUD, 2008: "El promedio del ingreso laboral por hora de los hombres afro-descendientes representa entre 50% y 60% del de los hombres blancos en edades centrales y entre 60% y 70% para las mujeres. Al controlar por características personales, tales como educación, sexo y región, se observa que, a igualdad de características, las diferencias de ingreso laboral promedio se ubican en 17%. Ello podría interpretarse como discriminación y deberá profundizarse en estudios posteriores" ¿Que consecuencias tiene para la salud de los varones afro-descendientes estas condiciones de vida?

En Uruguay, los uniformados (policías y militares) son mayoritariamente varones. Sanidad Militar y Sanidad Policial tienen dispositivos de atención a situaciones de violencia doméstica, estrés y depresión, pero parecerían aún insuficientes para la prevención desde el enfoque de género. En ambas instituciones se señala el riesgo de "tener siempre el arma al alcance de la mano", en situaciones de estrés y depresión no consultadas. Sin dudas es una población vulnerable, dadas las características de la masculinidad hegemónica, a pesar de las diferencias en el ejercicio de sus diferentes profesiones.

¿Como son las prácticas de salud de los varones situados en el quintil superior que obtiene casi 50% del ingreso y las de aquellos que están situados en el quintil inferior y reciben 5%? ¿Los igualará la masculinidad dominante, más allá de diferencias culturales y socio económicas?

El estudio brasilero sobre la salud de los varones focaliza en la mortalidad de la franja 25 – 59, cuyas causas son, por orden de importancia, Causas Externas, Enfermedades del Aparato Circulatorio, Tumores, Enfermedades del Aparato Digestivo y por último, Enfermedades del Aparato Respiratorio. "Es de señalar que las Causas Externas que presentan una alta incidencia en las fajas etarias más jóvenes (de 25 a 40 años), son cuantitativamente superadas por las Enfermedades del Aparato Circulatorio a partir de 45 años, y por los Tumores a partir de 50 años".

Según el estudio del European Health Men's Forum sobre la salud de los varones en 17 países de Europa, lo que contribuye al "ser macho":

- Masculinidad
- Expectativas de la sociedad
- Ocupaciones y patrones de trabajo de los varones.
- La "ceguera de género" de las políticas y prácticas de salud.
- Protagonismo (Candidacy)
- Falta de "presión política".

Una frase resume este aspecto:

“The difference in life expectancy between men and women of around 8 years – an average for all Europe – could be interpreted as fuel for the fatalistic theory of men’s health based on oestrogen versus testosterone or the lack of one ‘extra’ X chromosome. A handy scapegoat when health professionals, educationalists and especially politicians wish to avoid addressing the huge problems in European men’s health”.

Finalmente, el Informe elaborado por The Coalition on Men & Boys trae un alerta interesante: “A largo plazo, la introducción de una única ley o mandato de equidad reemplazará la existencia de las varias leyes relacionadas con la equidad de género, raza o discapacidad. Sin embargo, este movimiento puede provocar que la equidad de género se diluya, por lo cual hay que estar muy atentos a la complejidad de la interrelación del género, masculinidades y otros ejes de equidad”.

Recomendaciones de la Investigación al Programa Nacional Salud de la Mujer y Género al Ministerio de Salud Pública

Sintéticamente, el equipo de investigación considera que es necesario profundizar en algunos campos de la rectoría y de las prestaciones de salud, en el marco de la Reforma en proceso. Estas estrategias señaladas, superan la acción del MSP y deben enmarcarse en políticas interinstitucionales, intersectoriales e interdisciplinarias, considerando fundamental el papel de los observatorios, de las ONGs y de los organismos de cooperación internacionales en salud y derechos humanos. A saber:

- Sería necesario discriminar el conjunto de estadísticas en salud por sexo de manera sistemática en todos los registros de morbilidad y mortalidad de los subsectores público y privado.
- Sería imprescindible Incluir en los registros arriba mencionados la auto pertenencia étnica.
- Es un derecho ciudadano la accesibilidad de la información en materia de salud, aspectos que debería potenciarse.
- Sería necesario considerar el establecimiento de servicios de salud con modalidades horarios y técnicas que se adecuen a los contextos laborales, en particular en los varones.
- Es importante extender a los varones una política y normativa de prevención y control para la próstata, desde un enfoque de género
- La integración del enfoque de género para mujeres y varones en la comunicación institucional (sitio web, folletos, etc), refleja el estado del arte de su real integración en el MSP, a la vez que genera mensajes a la población.
- Tener en cuenta en las acciones de promoción y atención en salud que la población de varones, aún con un modelo de masculinidad hegemónico, se expresa en situaciones y trayectorias heterogéneas. Por lo tanto es necesario superar el estereotipo instalado del varón adulto caucásico, proveedor, heterosexual y con hijos, como modelo universal.
- Acentuar las estrategias de información, educación y comunicación para la salud sexual y reproductiva de los varones, incluyendo la promoción del uso del preservativo en los varones, como aspecto fundamental para optimizar la salud de mujeres y varones y contribuir a garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

BIBLIOGRAFIA

Aguirre, R; Bonino, M; Espino, A; Sapriza, G. (2006) "Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay". MSP – OPS. Montevideo.

Amorín, D. (2007): *Adulter y masculinidad. La crisis después de los 40*. Psicolibros-Waslala. Montevideo.

Batthyany K, Aguirre, R. (2003) "Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Encuesta en Montevideo y área metropolitana" UdelaR. Montevideo

Boero, G. y Herrera, T. (1998) "Estudio de prevalencia de la Impotencia Masculina", *Semanario Búsqueda*, Montevideo y *Revista Adultos*, Buenos Aires.

Bonino, L. (1999) "Varones, género y salud mental – deconstruyendo la normalidad masculina" – publicado en Segarra y Carabí editores. "Nuevas masculinidades". Icaria. Barcelona.

Cardaci, D. (2004) "*Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*" – Universidad Nacional Autónoma de México – Programa Universitario de Estudios de Género – Universidad Autónoma Metropolitana - OPS /OMS. México

Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. "Boletín N° 1 - Año VIII – 2006" – Montevideo.

CHSCV (2007) Informe de la División Epidemiología y Estadística de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

Curto, S. (2007). Informe "Resumen de Mortalidad Cardiovascular. Uruguay 2007". Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Montevideo

Dajas, F. (2001) "Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual". *Revista Médica del Uruguay* 2001; 17: 24-32. Montevideo.

Dos Santos Figueredo, W. (2008) *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde homens na atenção primária*. Tese de doutorado apresentada a Faculdade de Medicina de USP. São Paulo

Equipos Mori (2006) "Estudio de imagen de la profesión médica. Informe final". Disponible en página web de SMU. Montevideo.

Gomes, R. et. al. (2007) "¿Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior". *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.3 Rio de Janeiro.

Gomes Costa, R. (2002) "Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção". Universidade Estadual de Campinas. Publicado en *Estudos Feministas*. Año 10. 354 2º SEMESTRE 2002. São Paulo.

Gómez Gómez, E. (2002) "Equidad, género y salud: retos para la acción" *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol.11 no.5 - Washington.

Gómez Gómez, E. (2004) *Equidad en salud y de género. Un reto ético*. Ponencia en Curso "Adaptándose al cambio: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Reforma del sector salud" Mérida, México.

Güida, C. (2008): "Acerca de las concepciones de género y salud y la relación con la atención a la Violencia Doméstica contra las Mujeres en el contexto de la Reforma"

en Amorín, D; Graña, F; Güida, C; Rondán, J. (2008) “El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en el Género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay” – MSP – UNFPA. Montevideo.

Güida, C. (2006): “Equidad de género y políticas públicas en Uruguay: Avances y resistencias en contextos complejos” en G. Careaga y S. Cruz (compiladores): Debates sobre Masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía, PUEG-UNAM, México.

Güida, C. (2003): “El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas” en Masculinidad, Revista Nº 3, Tomo 6, AUDEPP. Montevideo.

Güida, C. Ramos, V. y Vitale, A. (2006): “Conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos” en Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Proyecto Género y Generaciones. Estudio Cualitativo, Cátedra Libre en Salud Reproductiva Sexualidad y Género, UNFPA, Ediciones Trilce, Montevideo.

Güida, C (coord.); Amorín, D.; Graña, F.; Rondan, J. y Urioste, A. (2005): Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio: el papel de los equipos de salud, Edición Programa Nacional Salud de la Mujer y Género, MSP-UNFPA, Montevideo.

Güida, C (2003) “Las prácticas de género y las prácticas excluyentes de los varones en el campo reproductivo” en “Primer Encuentro Universitario: salud, género, derechos sexuales y derechos reproductivos. Diálogos entre Universidad y Organizaciones de Sociedad Civil”. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo

Güida, C (2003) “The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality. EGM/Men-Boys-GE/2003/OP.1 United Nations Division for the Advancement of Women (DAW) ILO, UNAIDS, UNDP, Expert Group Meeting on “The role of men and boys in achieving gender equality”. Brasila.

Herrera, T, Meré, J.J. (2007-2008) Investigación sobre representaciones de género y comportamiento sexual adolescente, aire.uy-Iniciativa Latinoamericana, para el UNFPA, Montevideo.

Herrera, T. y otros (2005) “Violencia doméstica: ¿Sanción o impunidad?” Seminario de consulta regional – aire.uy – IDRC Canadá, Psicolibros, Waslala

Herrera, T.(2004) “Abuso sexual infantil y comunicación” – BICE – Aguilar - Grupo editorial Santillana – Montevideo.

Herrera, T. (2003) “Estudio de prevalencia de violencia doméstica en Montevideo y Canelones”. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), versión electrónica difundida con autorización del Banco.

Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. (2005) “Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:35-46.São Paulo.

López Aguilar, J (2007) - La nueva masculinidad y el VIH en Centro América. DVCN Critiques. Vol 1, Nº1. Washington, DC.

Ministerio de Salud Pública, Iniciativa Latinoamericana, Aire.uy, “Miradas diversas sobre jóvenes, sexualidad y VIH/SIDA: pistas para la acción”, MSP, Inlatina, aire.uy, Mori, CICT, ONUSIDA, GTZ, UNFPA, Montevideo, 2009.

Ministerio da Saúde do Brasil (2008). Documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (princípios e diretrizes)”. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília.

Muiño, A. et al, (2005) “Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto PLATINO en Montevideo”.

Najjar, Abdo, C. et al (2005) "The impact of psychosocial factors on the risk of erectile dysfunction and inhibition of sexual desire in a sample of the Brazilian population". Sao Paulo Med J. São Paulo.

OPS (2006) "Estadísticas de Salud de las Américas 2006. Tema especial Las diez principales causas de defunciones en países de las Américas". Versión electrónica. Washington D.C.

Otero, A. M. et. al. (2008). "Resultados de una encuesta sobre morbimortalidad de los médicos". Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU. Montevideo.

Observatorio Uruguayo de Drogas (2006) Cuarta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. Principales resultados preliminares.

Prazeres, V. (2003) Saúde juvenil no masculino: género e saúde sexual e reprodutiva. Edição da Direcção -Geral da Saúde. Lisboa

Paternain et. al. (2008) Estudio "Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas". Ministerio del Interior – PNUD.

Rodríguez, M. J (coord.) (2008) "Informe de 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles". DIGESA. MSP. En edición. Montevideo

Schraiber, L. et. al. (2005) Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 7-17. ISSN 1413-8123. São Paulo.

Scott, P. (2005) "Género, familias e comunidades: observações e aportes sobre o Programa Saúde da Família", pp.87/88 en "Genero e Saúde. Programa Saúde da Família em questao" W. Villela y Simone Monteiro (organizadoras) –ABRASCO - UNFPA

Suárez, H (coord.) et al. (2007) "Incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito en el Uruguay: Generación de un Sistema de Información Permanente". Observatorio Social Metropolitano de Tránsito y el Observatorio Uruguayo de Drogas. Montevideo

Suárez, H (coord.) et al. (2007) "Incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito en el Uruguay: Generación de un Sistema de Información Permanente". Informe final. OSMET – OUT. Montevideo.

Suárez, H (coord.) et al. (2006) "II Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Resumen Preliminar". Montevideo.

The Coalition on Men & Boys (2009) "Man Made: Men, masculinities and equality in public policy", London, www.comab.org.uk

Trylesinski, F. (2007) "Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento" Módulo de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. UNFPA – INE. Montevideo

White, A; Cash, K. (2005) A report on the state of men's health across 17 European countries. The European Men's Health Forum 2003. Printed by in Great Britain by J.H Haynes & Co. Ltd. Gran Bretaña.

ANEXO 1 Listado de Informantes calificados/as entrevistados/as.

- Marisa Buglioli, Doctora en Medicina, Especializada en Administración de Servicios de Salud, Directora de la División Economía de la Salud – MSP. Prof. Agregada del Departamento de Medicina Preventiva y Social de Facultad de Medicina (UdelaR)
- María del Carmen Paparamborda, Doctora en Medicina, Epidemióloga, Unidad de Vigilancia, DIGESA - MSP.
- Teresa Puppo, Epidemióloga, Encargada de Depto. de Información Poblacional y Estadísticas Vitales, DIGESA - MSP.
- Liliana Etchebarne, Doctora en Medicina, Directora del Servicio de Atención a la Salud, IMM.
- Carlos Bali, Sub Jefe Técnico, Administración de Riesgos, Banco de Seguros del Estado.
- Oscar Rorra, Psicólogo, Programa de Medidas No Privativas de Libertad, INAU, Investigador Asociado del Area de Salud, Facultad de Psicología / UDELAR
- Javier Díaz, Especialista en Relaciones Internacionales, Programa de Relaciones Internacionales, MIDES, Investigador Asociado Area de Salud, Facultad de Psicología / UDELAR.
- María Isabel Rodríguez, Doctora en Medicina, Nefróloga, Sub Directora Nacional Técnica de la Dirección Nacional de Sanidad Policial.
- Carlos Peppe, Doctor en Medicina, Coronel, Director Técnico de la Dirección Nacional de Sanidad de las FFAA.
- Heguerot Olivera, Teniente Coronel, Sub Director Técnico de la Dirección Nacional de Sanidad de las FFAA.
- Julieta Vanini, Doctora en Medicina, Intensivista, Médica de Emergencia en Médica Uruguaya y SUAT.

