

Fundación Género y Sociedad –GESO
Cédula jurídica 3-006-140869
Tel/Fax: (506) 280-5445
Apdo. Postal 1824-2050, San José, Costa Rica
Correo electrónico: gesogom@sol.racsa.co.cr

Documento de trabajo N°7

**UN PAPEL INTELIGENTE PARA LOS
HOMBRES: INFORMADOS,
INTERESADOS Y CORRESPONSABLES
EN LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

Enrique Gomáriz Moraga.
Ana Isabel García Quesada.

Noviembre, 1998

Desde el comienzo de los años noventa, la reflexión sobre la condición de género de los varones ha ido adquiriendo un progresivo interés práctico: una alta proporción de las acciones a favor de la equidad de género –incluso cuando se centran en la promoción de la mujer- adquieren mayor grado de factibilidad y también de sustentabilidad, cuando se incorpora a los hombres. Un campo en que esto resultó pronto una certeza fue precisamente el referido a la salud sexual y reproductiva.

Ahora bien, esta constatación práctica no parece haber resuelto por sí misma la necesidad de un enfoque adecuado del tema, al menos desde una perspectiva actualizada de Género y Desarrollo. Dicho en breve, y sin necesidad de realizar aquí un alcance teórico prolongado, el paso de una óptica (Mujer y Desarrollo) que observa únicamente a la mujer, generalmente como grupo vulnerable, preocupándose por su incorporación al desarrollo, a otra visión (Género y Desarrollo) que contempla las relaciones entre los géneros, analiza las vulnerabilidades y fortalezas de mujeres y hombres, y se preocupa más por los intereses estratégicos de género.

Desde esta última perspectiva puede estudiarse mejor, a nuestro juicio, el lugar en que se encuentra y puede situarse el hombre en cuanto a la salud sexual y reproductiva, a partir de su construcción de la masculinidad, desde sus propios intereses y preocupaciones. También puede apreciarse mejor los elementos del contexto, en cuanto a las relaciones de género, a partir de los cambios que han experimentado las mujeres en los últimos decenios.

Los cambios en el contexto de las relaciones de género

Para desarrollar mejor la reflexión sobre el papel de los hombres conviene anticipar algunos puntos de referencia situacional. Uno de estos puntos consiste en percibir efectivamente los cambios sucedidos en la población femenina latinoamericana en las últimas décadas, algo que no siempre se hace. Con mucha frecuencia, se confunde la permanencia de discriminaciones, con la inmovilidad del perfil social de las mujeres. Como si las latinoamericanas de fines de los sesenta fueran las mismas de fines de los noventa, por el hecho de que ciertas discriminaciones se hayan modificado poco (por ejemplo, la participación en el poder político).

Dicho brevemente, el perfil de las latinoamericanas de fines de los sesenta se basaba en una alta fecundidad promedio, una mediana esperanza de vida (sólo algo mayor que la de los varones), una menor escolaridad que los hombres, un bajo registro laboral, ausencia de referencias culturales de género y una legislación altamente discriminatoria. A diferencia de éste, el perfil de las mujeres de fines de los noventa se basa en una baja/mediana fecundidad promedio (por debajo de tres hijos por mujer), un aumento apreciable de la esperanza de vida (incrementando su ventaja frente a los varones), una escolaridad igual o superior a la de los hombres, un creciente registro de participación laboral (aproximándose al 40% de la PEA), presencia de referencias culturales e incluso de políticas a favor de la equidad de género, y una legislación que ha eliminado sus aspectos más discriminatorios.

Lo destacable de este cambio es que ha tenido lugar a pesar del mantenimiento de discriminaciones en el plano de los intereses estratégicos de género, o dicho más precisamente, que el ritmo del cambio en el perfil social de las mujeres ha sido mayor que el cambio de las prácticas sociales en términos de relaciones de género. Ciertamente,

esta aparente paradoja no es infrecuente como fenómeno social: sucede con frecuencia en los movimientos generacionales de la juventud, por ejemplo. Y cuando sucede un cambio en la base social y las relaciones sociales no cambian a la misma velocidad, se suelen establecer las condiciones básicas para el conflicto (en este caso, entre los géneros).

Ahora bien, esta aparente paradoja está produciendo frecuentes confusiones y malentendidos, mucho peores cuando se trata de una imagen no explícita. Por ejemplo, es frecuente hablar hoy de la salud sexual y reproductiva con un acento sobre las mujeres, cuyo perfil no es el actual. Una publicación titulada explícitamente "Salud Sexual y Reproductiva" editada en 1995 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tras la Conferencia de El Cairo, no sólo centra todo su análisis diagnóstico y su estrategia en la mujer, sino que el único cambio que percibe en la población femenina es que "las últimas décadas han visto un aumento manifiesto en la capacidad de organización y de estructuración de las demandas por parte de las mujeres a través de canales comunitarios y de organizaciones no gubernamentales" (p.34). Es decir, las mujeres –con el perfil de la llegada a los setenta- ahora en los noventa están más organizadas. Con esa percepción se pueden mantener las viejas agendas, con ligeros retoques y además mantener impoluta nuestra línea valórica de género.

Otro de los asuntos que, por esta vía, se encuentra bloqueado es un debate a profundidad acerca de las condiciones de salud de mujeres y hombres al concluir el siglo. Un tema que siempre suscita polémica a este respecto es el uso o no de la esperanza de vida como indicador global de salud. La razón principal de ello es que la población femenina no sólo presenta mayor esperanza de vida, sino que sigue aumentando la brecha a su favor: a mediados de los años cincuenta, esta brecha era en América Latina en torno a tres años, mientras a la mitad de los noventa se aproxima a los seis años. Y, claro, esto no concuerda con una imagen de la mujer necesariamente desfavorecida en todos los planos (por eso se han inventado al respecto las argumentaciones más complicadas).

El asunto es aún más espinoso si se examina en términos generales la razón de esta progresiva ventaja de las mujeres. Porque ella refiere, sobre todo, a una disminución progresiva de la mortalidad de las mujeres, principalmente por causas reproductivas, y a un aumento considerable de la mortalidad de los varones por traumatismos externos fatales (violencia y accidentes). Ahora bien, no está muy claro por qué la mortalidad por causas reproductivas de las mujeres es una cuestión de género y la mortalidad por violencia y accidentes de tránsito de los varones no lo es. Como si la resolución violenta de los conflictos entre hombres o el conducir con riesgo, fueran menos conductuales y/o ajenos a la construcción de la identidad de género masculina.

Todo lo anterior guarda relación, desde luego, con la perspectiva con que fueron concebidos los sistemas de salud en América Latina. Si se examinan los indicadores de uso y funcionamiento de los sistemas de salud por sexo, puede apreciarse hasta fines de los años ochenta una composición semejante en la mayoría de los países de la región. Tanto la atención ambulatoria como la hospitalaria suelen dividirse en tres tercios: un tercio referido a las enfermedades y traumas que presentan los hombres, un tercio a las que presentan las mujeres, y el tercer tercio a la función reproductiva (materno-infantil). Ciertamente, esta orientación responde a una tradición que entiende a las mujeres únicamente como madres y que rechaza o es reticente ante temas como la planificación familiar moderna, la salud sexual o el aborto. Ahora bien, en términos de reducción de la

mortalidad femenina han tenido su efecto: la mortalidad materna sigue siendo un problema básico en los países más pobres de la región, pero su fuerte caída en el promedio regional ha hecho caer la mortalidad general e incrementado apreciablemente la esperanza de vida de las mujeres latinoamericanas.

Por otra parte, esta estructura de los servicios de salud está quedando obsoleta en una cantidad creciente de países latinoamericanos, debido a su avance en la transición demográfica: el progresivo envejecimiento de la población, en relación con la fuerte caída de la fecundidad, hace que cada vez haya una demanda creciente de la cobertura de enfermedades referidas a edades maduras y avanzadas, demanda que los sistemas apenas pueden enfrentar. La cuestión es que la transición demográfica tiene el efecto de acercar las necesidades de salud de mujeres y hombres, si bien dejando una sobredemanda masculina referida a los traumatismos externos.

Dicho en breve, en cuanto a las condiciones generales de salud que enfrentan mujeres y hombres, sería discutible asegurar quienes son más vulnerables (por cierto, que los hombres consideran que no lo son, por eso consultan mucho menos que las mujeres). Desde una óptica Género y Desarrollo, lo correcto sería estudiar las vulnerabilidades de mujeres y hombres, no sólo para obtener un mejor diagnóstico epidemiológico, sino también para hacer más eficaces los sistemas de salud, en una perspectiva de futuro.

Esta óptica tiene también su aplicación en el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva. El diagnóstico de la situación de las mujeres muestra que, si bien tiende a descender la demanda relativa en términos de fecundidad, todavía existe una falta de cobertura considerable en los países pobres con transición demográfica menos avanzada, y, con la crisis de los servicios sanitarios de los ochenta y noventa, ha disminuido el ritmo de avance de los servicios de planificación familiar y de tipo preventivo en toda la región. Por otra parte, todavía están poco integrados los aspectos de salud sexual (y otros asuntos controvertidos, aborto, etc.).

En cuanto a la situación de los hombres, el hecho de que obviamente tienen menos necesidades en términos de fecundidad, se ha llevado al extremo de que, hasta el día de hoy, no hay para ellos servicios de salud sexual y reproductiva en prácticamente toda la región. Esta carencia es más radical precisamente en países de población más joven (OPS, 1998). Por supuesto que los hombres carecen además de redes de gestión y apoyo como las que poseen las mujeres en esta materia.

Por otra parte, sólo últimamente se está poniendo atención en los aspectos relacionales de esta temática. Con frecuencia se busca únicamente informar a la mujer sobre los aspectos técnicos de la planificación familiar o sobre su empoderamiento frente al hombre. Siendo estos asuntos importantes, hay una dimensión relacional que suele obviarse: que todavía es frecuente que entre hombres y mujeres haya una relación amorosa y de deseo. Este asunto produce imcomprensiones considerables: ya ha sucedido que el conocimiento de métodos anticonceptivos entre las jóvenes no reduzca la fecundidad temprana, incluso cuando son capaces de distinguir entre sexualidad y reproducción. ¿Qué sucede entonces? La Encuesta sobre Masculinidad y Relaciones de Género realizada en Costa Rica, en septiembre de 1997, en su módulo sobre salud reproductiva y paternidad, entrega alguna pista. Cuando se pregunta si “tener un hijo es la mejor prueba de amor”, el 49,6% de los hombres está de acuerdo, así como el 51,7% de las mujeres. Es decir, si la mitad de la población cree que la reproducción es la mayor prueba de amor, no es extraño que abandone el control de natalidad cada vez que se

enamore o quiera evitar un rompimiento amoroso. Ciertamente, el nivel educativo discrimina esta opinión (63% cuando tienen primaria o menos, 41% con secundaria y 30% con estudios universitarios), pero todavía son cifras considerablemente altas.

En suma, todo indica que la salud sexual y reproductiva debería renovar su enfoque en América Latina, en, al menos, tres sentidos: a) modificar su orientación tradicional en relación con unas mujeres que ya son mucho más sujeto y no objeto del desarrollo (integrando aspectos hasta ahora controvertidos); b) incorporar efectivamente a los hombres; c) tomar en consideración los distintos aspectos en que hay relación entre los papeles de mujeres y hombres. Ello en una perspectiva de actualización de los cambios de la condición de género de mujeres y hombres en la región.

Hombres, identidad de género y salud reproductiva

La incorporación de los hombres al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva también es algo que plantea problemas de enfoque. Dos asuntos suelen destacar al respecto. Por un lado, existe la tendencia a incorporar en este ámbito a los hombres al margen de su condición de género. Como ya se apuntó, la mayoría de la literatura disponible parece indicar que sólo la situación sanitaria de las mujeres está determinada por dicha condición. Eso suele significar, en el mejor de los casos, que el papel de los hombres en la salud sexual y reproductiva se plantea desconociendo la información sobre la construcción de la masculinidad (con sus particularidades en cada lugar).

Por otro lado, también es frecuente la inclinación a considerar el papel de los hombres en la salud reproductiva, sólo en función de la situación y necesidades de las mujeres. Esta orientación suele desconocer también la condición de género de los varones, pero puede suceder que sea realmente una decisión política (de género): lo único que importa es la suerte sanitaria de las mujeres. Los hombres son forzosamente necesarios, pero en calidad de instrumento (esto puede sonar descarnado, pero está implícito en la lógica de más de un discurso en esta materia).

Veamos algunos ejemplos de estos dos problemas de enfoque. Sobre el primer asunto, el texto bastante conocido de Axel Mundigo "Papeles masculinos, sexualidad y salud reproductiva" (1995), resulta un ejemplo de cómo puede intentarse hacer un análisis sobre esta materia, a una distancia considerable de un conocimiento sólido de la literatura sobre masculinidad. Mundigo considera correctamente que es necesario saber más de la condición de género de los varones, pero a la hora de sentar las bases de su trabajo, le basta con hablar de los hombres como entidades biológicas y sobre sus conductas sexuales observables. El punto es que estas conductas guardan relación con la forma de construir su masculinidad, es decir, se trata de un tema psicológicamente intrapersonal y no sólo referido a la biología o al mundo externo.

De esta forma, cuando el autor se detiene –acertadamente- en el momento crucial de la adolescencia, analiza el tema de la sexualidad desde fuera del significado que tiene para el adolescente la construcción de su identidad de género. Así "la sexualidad como forma de satisfacción física y la sexualidad como parte de un proceso de formación de lazos afectivos con el sexo opuesto, especialmente entre adolescentes, representa dos dimensiones diferentes de la maduración sexual que no siempre suceden simultáneamente" (p. 9). Pero sucede que para el adolescente la problemática de la sexualidad no se refiere sólo a esos elementos. Un asunto crucial es que la adolescencia

es también el inicio de algo que va a durar toda su primera juventud: la sexualidad es un decisivo campo de prueba de que su masculinidad está constituyéndose. En la literatura sobre masculinidad es conocido este período como un síndrome que tiene varias denominaciones significativas: “la travesía del desierto”, “la crisis del petróleo”, etc. Dicho en breve, se trata de un momento en que las mujeres irrumpen incontenibles –aunque involuntariamente muchas veces- al campo del deseo (atrayendo a hombres de un rango etario bastante amplio) y los varones entre 14 y 18 años necesitan un conjunto agotador de condiciones para situarse al nivel de sus coetáneas. Esta diferente posición plantea problemas distintos para ambos sexos. Pero el punto es que, en esta precaria situación, el joven debe probar que es suficientemente hombre para manejar la relación sexual, y ello ante sí mismo, sus congéneres y, obviamente, ante el sexo opuesto. Hablar de la sexualidad adolescente masculina, al margen de este escenario genérico, es perder elementos fundamentales que nos permiten entender actitudes y, por supuesto, reflexionar sobre la naturaleza de los cambios necesarios.

Esta parte de la información es la que le falta al reflexivo artículo de Mundigo. Algo que puede incluso medirse al observar sus referencias: un conjunto de información puntual sobre varones y salud reproductiva, de diversos lugares del globo (34 títulos) y sólo un texto sobre constitución de la masculinidad (XY, la Identidad Masculina, de Badinter).

Por todo ello, nuestra convicción es que, si bien resulta urgente incluir a los hombres en la temática de la salud reproductiva, no parece aconsejable precipitarse a tomar el atajo de hacerlo sin tener algún conocimiento elemental sobre masculinidad. Y argumentar que ello es difícil porque hay muy poca información al respecto en América Latina, nos parece una verdad a medias (esto se ha mostrado en otra oportunidad: ver “Introducción a los estudios sobre masculinidad”, E. Gomáriz).

Veamos ahora un ejemplo sobre el otro asunto: considerar a los hombres en la salud reproductiva sólo en función de la situación y las necesidades de las mujeres. En 1998 se ha realizado una publicación del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) con un sugestivo título: “Un nuevo papel para los hombres: Asociados para la potenciación de la mujer”. En su primera parte, la publicación justifica este planteamiento sobre la base siguiente: “Actualmente, es cada vez mayor el número de mujeres que se esfuerzan por lograr su propia potenciación. Pero no pueden lograrlo por sí mismas. Es imprescindible contar con el apoyo de los hombres. Sin este apoyo, es poco probable que los esfuerzos por mejorar la condición de la mujer tengan éxito. Dado que en la mayor parte del mundo, los hombres son quienes tienen poder para influir sobre el pensamiento social, corresponde a los hombres un papel fundamental que desempeñar a la hora de eliminar las desigualdades entre ellos y las mujeres” (p. 1).

Como vemos, este análisis diagnóstico es completamente distinto del aquí realizado anteriormente. Aparentemente, las mujeres buscan su propia potenciación pero, en la práctica, su perfil social no ha cambiado sustancialmente. Por eso no tienen las condiciones para empoderarse realmente... a menos que cuenten con el apoyo de los hombres. “Sin ese apoyo, es poco probable que los esfuerzos por mejorar la condición de la mujer tengan éxito”.

Como vimos, eso no es así, al menos en América Latina, donde el perfil de las mujeres ha cambiado apreciablemente. Mas bien, lo que puede suceder con una proporción considerable de las mujeres de fines de siglo, más educadas, con un control

creciente sobre su fecundidad, con mayor independencia económica, con más clara autopercepción como sujetas de derechos, es que establezcan nuevos tratos con los varones o bien se inicie un conflicto entre los géneros.

Por otra parte, los hombres son vistos como los detentadores del poder en todos los ámbitos (incluido el dormitorio), sin vulnerabilidades apreciables, que esperarán desde afuera que las mujeres se pongan a su nivel. Sólo “es preciso que los hombres comprendan que los adelantos de la mujer han de beneficiar a toda la sociedad” (p. 16). Es decir, se supone que los hombres son individuos sin intereses propios en este campo, por supuesto sin dimensión de género, que, con indudable generosidad, se van a asociar para la potenciación de la mujer.

Ninguno de esos extremos es cierto. En primer lugar, los hombres no van a abandonar sus relaciones de poder (principalmente social) frente a las mujeres, pese a que ese poder tenga un costo incluso en términos de salud. Por otra parte, el papel de apoyo y protección desde arriba y/o afuera no es precisamente nuevo para los hombres. Frente a las presiones de las nuevas mujeres, los hombres pueden adoptar una actitud de rechazo o de negociación pragmática, sin entender demasiado qué está pasando... a menos que capten sus propios intereses en una dimensión de género y se orienten hacia un nuevo trato basado en la corresponsabilidad entre mujeres y hombres. Es decir, si alguna acción hay que desarrollar hacia los hombres es precisamente esa: que descubran sus propios intereses en la flexibilización de sus papeles masculinos y en una relación diferente con las mujeres.

Intereses y papeles masculinos

Esos intereses propios también tienen su expresión en el campo de la salud sexual y reproductiva. Pueden mencionarse algunos ámbitos donde esos intereses son identificables:

a) *Salud del aparato reproductor.*- Como sucede en el caso de las mujeres, hay una alta proporción de enfermedades graves (principalmente cáncer de próstata, testículos, etc.) que están entre las primeras causas de muerte y son enteramente prevenibles con información y acceso a servicios. Problemática que aumenta con el avance de la transición demográfica. También hay un débil desarrollo en todo lo que es tratamiento de malformaciones congénitas y accidentes de los genitales externos, orientados en muchos casos hacia la perspectiva urológica, que desconoce o minusvalora la perspectiva sexual y reproductiva.

b) *Control de fecundidad y planificación familiar.*- Pese a la imagen de irresponsabilidad generalizada que en este asunto suele acompañar a los hombres, lo cierto es que los servicios de planificación nacional (Profamilia, ASOPLAFA, etc.) tienen la experiencia de que la integración de hombres como beneficiarios directos comporta modificaciones en la conducta de una proporción considerable de ellos, muchos interesados en controlar su propia capacidad de engendrar (por cierto, que el tipo de reticencias que se encuentran al inicio no son tan diferentes respecto de las que tuvieron las mujeres).

c) *Enfermedades de transmisión sexual.*- Evidentemente, a excepción de comportamientos mórbidos, los hombres tienen lógico interés en evitar los riesgos de

enfermedades en este plano, especialmente la infección de VIH/SIDA. Otra cosa es relacionar esto con sus conductas sexuales, muchas de ellas condenadas socialmente por sí mismas (promiscuidad, homosexualidad, etc.) y referirlas también a la construcción de la masculinidad que vivieron.

d) *Salud psicosexual.*- Este es un vasto campo de interés de los hombres, precisamente porque en él se encuentran arraigados muchos de los temores masculinos, sobre todo a la disfunción en la respuesta sexual (impotencia, eyaculación precoz, etc.). Pero el desmontaje de la máquina masculina siempre dispuesta al asalto, no sólo supone superación de efectos negativos, sino desarrollo de positivos: refiere a una sexualidad mucho más satisfactoria (con una proporción menor de genitalidad y mayor de sensualidad, por ejemplo). Por otra parte, un trabajo en este campo es de alto valor preventivo: puede desactivar anticipadamente una asociación insana entre sexualidad y conducta violenta.

e) *Procreación y paternidad.*- En torno al tema de la paternidad emergen dos comportamientos conocidos entre los hombres. Por un lado, la conducta irresponsable que supone el desconocimiento de dicha paternidad y la evitación de las obligaciones posteriores, y, por el otro, el emergimiento con fuerza de asociaciones de padres que reclaman sus derechos respecto de sus hijos. Respecto al primer asunto, los hombres están interesados en conocer los avances jurídicos en esta materia, que incluyen la tendencia cada vez mayor al uso de procedimientos científicos para determinar la paternidad: un hombre que sabe de la facilidad de ser descubierto al respecto tiene un marco distinto a considerar. En el sentido opuesto, un segmento considerable de las organizaciones de varones en América, quizás el caso de mayor relevancia, el Men's Rights norteamericano, se basa en desarrollo de los derechos de los hombres en esta materia, sobre todo después de las rupturas de pareja. Pero más allá de estas dos expresiones conocidas, las investigaciones sobre masculinidad y paternidad muestran que el ejercicio satisfactorio de la paternidad es considerado por los hombres un bien en sí mismo y que el problema consiste en la relación de ese bien con el resto de los factores de funcionamiento de la masculinidad (una proporción de varones está dispuesta a compartir más con sus hijos, siempre y cuando no le impida cumplir con su mandato principal: el ejercicio de su profesión y/o su función proveedora).

Ciertamente, este listado de intereses masculinos en distintos ámbitos de la salud sexual y reproductiva puede parecer limitada, pero ello es precisamente porque la investigación diagnóstica en este campo es aún muy incipiente. Y desde luego, algunos de estos intereses pueden ser sentidos y evidentes y otros menos claros para amplios sectores de hombres, especialmente entre los menos educados, pero ¿no es eso precisamente lo que ocurría y aún ocurre con muchas mujeres y sus intereses prácticos y estratégicos de género? Dicho en breve, hay suficiente evidencia de que los hombres tienen considerables intereses propios en el campo de la salud sexual y reproductiva, como para que se interesen en ella.

Además, esos intereses propios hay que inscribirlos en un cuadro más amplio donde lo relacional es decisivo. Pero el punto es que los hombres pueden tener un papel inteligente en este cuadro relacional, a partir de estar informados desde y sobre sus propios intereses, en cuanto a la salud reproductiva de mujeres y hombres. Ahora bien, esta convicción, para ser llevada a la práctica necesita algunos cambios de óptica, algo que, para concluir, nos conduce a retomar el tema de los cambios conceptuales en el enfoque de género.

Incluso entre algunas mujeres que trabajan en salud sexual y reproductiva y plantean la necesidad de incluir a los varones en esta temática, cuando se llega al momento de perfilar proyectos y establecer partidas presupuestarias, colocan de inmediato una precondición: siempre que esto no represente una reducción en el cauce de recursos que van directamente a la salud de las mujeres. Ello, sin embargo, significa una contradicción. Primero, porque incluso si las cifras para la mujer se mantuvieran en términos absolutos, difícilmente podría ser así en términos relativos: si ahora es prácticamente el 100% de los servicios y recursos dirigidos a las mujeres en materia de salud reproductiva, en el futuro sería una cifra menor aunque continuara siendo obviamente mayoritaria. En segundo lugar, porque, sobre todo en tiempos de recorte del gasto público, si se quiere introducir un tema nuevo no resulta tan sencillo incrementar recursos sino que mas bien hay que repartirlos. (En todo caso, no estamos ante la necesidad de crear necesariamente nuevos sistemas o programas: en muchos casos sólo se tratara de integrar a los hombres a los ya existentes).

En el fondo, esta reticencia en el plano de la aplicación práctica, refleja una resistencia más amplia al cambio conceptual en materia de género. Como ya se ha dicho, “desde hace mucho tiempo, las mujeres han sido las únicas destinatarias de los esfuerzos en materia de salud reproductiva. Este énfasis exclusivo en las mujeres solidificó, como resultado, las costumbres culturales que exoneran a los hombres de la sexualidad y paternidad responsables” (OPS, 1998, p.19). El asunto es que esa solidificación se ha consolidado en los setenta y ochenta, precisamente desde el trabajo para la promoción de la mujer.

En efecto, con el desarrollismo de los cincuenta y sesenta, y en varios países latinoamericanos desde mucho antes, con una perspectiva cultural patriarcal, se diseñaron los sistemas de salud con una orientación materno-infantil, puesto que la mujer era vista sobre todo en tanto que madre. Pero después, cuando empezó el trabajo fuerte para la eliminación de la discriminación histórica de las mujeres, la consideración de que la mujer se encontraría en condiciones desfavorables, siempre y en todos los campos, tuvo el efecto de prolongar ese énfasis exclusivo hacia las mujeres.

Ahora bien, como lo hemos mostrado en otras ocasiones (García, 1997; Gomáriz, 1998) estamos ante la necesidad de un cambio de fase en el trabajo por la equidad de género. Las transformaciones producidas en la población femenina latinoamericana muestran que existen ya las bases en la región para plantear un giro del status quo conceptual, y enfrentar así el reto de una segunda fase (que ya se presentó en otras regiones). En esta segunda fase, cobran mayor importancia dos aspectos: a) los intereses estratégicos de las mujeres (la importancia de necesidades prácticas dependerá de la pobreza y la demografía del país) y b) la integración de los hombres en la temática de género.

Ahora bien, sectores del movimiento de mujeres ven el abandono del círculo de mujeres, dirigido por y para las mujeres, y el avance hacia la interlocución con los hombres, como un retroceso y no como un desarrollo hacia la inclusión de toda la sociedad en una perspectiva de género.

Sin embargo, este paso a la segunda fase es, a nuestro juicio, algo crucial para evitar los riesgos del agotamiento y el postfeminismo, que han aparecido en varios países antes pioneros en este campo. En América Latina este cambio conceptual permitiría crear mejores condiciones para superar varios cuellos de botella que se plantean en cuanto a la

acción estratégica para la equidad de género. En el caso de la salud sexual y reproductiva facilitaría una acción eficaz y sostenible desde y para el conjunto de la población, a partir del reconocimiento de las particulares condiciones de género que presentan mujeres y hombres, así como de las complejas relaciones de género que se establecen entre ambos.

Afirmar lo anterior no quiere decir que creamos que los hombres estén deseando con impaciencia examinar su condición de género, para resituar sus papeles en la perspectiva de la corresponsabilidad. Tampoco que las mujeres quieran exactamente eso de los varones: la encuesta realizada en Costa Rica muestra que las mujeres están pidiendo a los hombres una mezcla complicada –cuando no contradictoria- de roles nuevos y mantenimiento de roles tradicionales. Únicamente quiere decir que la promoción de la equidad de género, también en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, requiere hoy informar y motivar a los hombres, superando sus propios miedos a la dimensión de género (y más allá de si estos son reforzados o no por las mujeres).

REFERENCIAS

- Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (1997) *Encuesta Nacional sobre Masculinidad y Relaciones de Género. Salud Reproductiva y Paternidad Responsable*, CNDMF (Documento Preliminar), San José de Costa Rica.
- García, Ana Isabel (1997) "Mujer, poder y políticas públicas en el inicio de la era Post-Beijing" en *Las Mujeres y el Poder* (autoras varias), Editorial Mujeres, San José.
- García, A.I. y Gomáriz, E. (1989). *Mujeres Centroamericanas*, FLACSO, San José de Costa Rica.
- Gomáriz, Enrique (1998). "El postfeminismo y las respuestas masculinas", en *Otra Mirada*, Num.6. CNDMF, San José de Costa Rica.
- Gomáriz, Enrique (1997) *Introducción a los Estudios sobre Masculinidad*, CNDMF-FLACSO, San José de Costa Rica.
- Mundigo, Axel (1995) *Men's Roles, Sexuality and Reproductive Health*, MacArthur Foundation, Sao Paulo, Brasil.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Salud sexual y Reproductiva*, OPS, Washington
- Organización Panamericana de la Salud (1998). *Promoción de la participación de los hombres en programas de salud reproductiva en Centroamérica*, (Documento preliminar), OPS, San José de Costa Rica.
- Figuerola, Juan Guillermo (1997) "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva", en *Cadernos en Saude Pública*, Brasil.
- Valdés, T. y Gomáriz, E. (1992-1997), *Mujeres Latinoamericanas en Cifras*, (Varios volúmenes), FLACSO, Santiago de Chile.