
Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico

Nora Eugenia Muñoz Franco

Autor referente: noramunozfranco@yahoo.es

Universidad de Antioquia, Colombia.

Historia editorial

Recibido: 21/05/2012

Aceptado: 1/10/2012

RESUMEN

Se presentan elementos de gran importancia para avanzar en el campo de la salud pública y el cuidado de sí masculino, en el marco de la promoción de la salud y las políticas públicas saludables. Se hace un acercamiento a la masculinidad tradicional, indicando cómo ésta afecta la salud de los varones, conllevando incluso

riesgos que causan su muerte. Se realizan acercamientos a las políticas públicas y se plantea la necesidad de la inclusión y la perspectiva de género en su diseño e implementación.

Palabras clave: Cuidado de sí; Salud pública; Género; Masculinidades; Políticas públicas.

ABSTRACT

We present elements of great importance to advance the field of public health and male self-care as part of health promotion and healthy public policies. It is an approach to traditional masculinity, showing how it

affects the health of men, even risks leading cause of death in these. Are made public policy approaches and raises the need for inclusion and gender in their design and implementation.

Keywords: Self-care; Public health; Gender; Masculinity; Public policies.

Desde la masculinidad tradicional se fundan parámetros universales de comportamientos “*propios de los hombres*” y su influencia en la salud de los mismos. La participación de éstos en la salud sexual y reproductiva y su configuración identitaria, permiten respaldar la afirmación según la cual los aprendizajes de género llevados a cabo en el escenario social y cultural, obstaculizan el cuidado de sí en la salud de los varones, reforzándoles conductas de riesgo, al dar primacía a los universales del “*hacerse hombre*”. Se encuentran entonces al orden del día valores patriarcales como la virilidad, la valentía y la fuerza, en desconocimiento de la experiencia masculina hoy que, –al igual que para las mujeres –, conlleva elevados costos sociales y una disminución en años potenciales de vida.

Desde la salud pública, deben diseñarse políticas incluyentes, con perspectiva de género, porque la socialización de hombres y mujeres establecida por la diferenciación sexual, tiene una estrecha relación con problemáticas sociales diversas. Atender esta premisa permitirá dar respuestas más acertadas a las demandas poblacionales en materia de salud, vía la promoción del cuidado de sí y, por ende, de prácticas en las que se reconfiguren las relaciones de los seres humanos con su cuerpo, con los otros y con su entorno.

EL CUIDADO DE SÍ EN EL ESCENARIO DE LA SALUD

El propio cuidado o cuidado de sí, se entiende de acuerdo con Foucault (1996), como un concepto histórico que involucra la concepción y el referente que se tiene sobre sí y, en esa medida, sobre los otros. En tal virtud, el cuidado de sí remite a la importancia de involucrar a los colectivos como sujetos activos en la toma de decisiones que atañen a su salud, a la pregunta por la actitud de éstos frente a la vida, frente a lo que les rodea, a todos aquellos asuntos que de alguna manera tienen conexión con su existencia en un tiempo pasado, presente y futuro, en un espacio que no solo es físico sino también social, porque este tiene un valor simbólico en la medida en que es el resultado de las interacciones de los seres humanos, con rasgos históricos particulares.

El cuidado de sí se articula desde tres puntos de vista: por un lado, una actitud general, una concepción del mundo que genera una forma de relacionarse con los demás; por otro lado, una mirada hacia afuera, pero con un retorno hacia la propia interioridad, lo que implica prestar atención a lo que ocurre en el pensamiento y, por último, una serie de acciones que se ejercen sobre sí mismo para transformarse, para modificarse (Martel, 2004).

La noción de cuidado de sí está constituida no solo por la relación que establecemos con el cuerpo, sino también con los otros y con nuestro entorno. De tal manera que se estructura sobre tres líneas de evolución que, según Foucault (1996), se actualizan como práctica de uno mismo. Estas son: la dietética, o sea, la relación entre el cuidado y el régimen general de la existencia del cuerpo y el alma; la economía, que hace alusión a la relación entre el cuidado de uno mismo y

la actividad social; y la erótica, que consiste en la relación entre el cuidado de uno mismo y la relación amorosa. Estas tres dimensiones se convierten en escenarios de aplicación y correlación de la práctica de uno mismo y se actualizan en el contexto social y cultural, lo que le otorga al concepto un carácter histórico, esto es, lo sitúa en espacio y un tiempo concretos (Muñoz Franco, 2009).

La referencia al cuidado de sí en el ámbito de la salud, entraña la concepción de ésta como una construcción social, que posibilita el desarrollo de una actitud relacional. Se hace alusión a las formas de interacción de los seres humanos con su cuerpo, con su entorno y con los otros en la esfera social, condicionada por acontecimientos posibilitadores de cursos de acción, de comportamientos, de actividades cotidianas y de prácticas sociales vinculadas con la salud (Muñoz Franco, 2006).

El cuidado de sí en la salud masculina, al igual que en la femenina, está transversalizada por elementos sociales que limitan sus alcances reales, más aún si se consideran las apropiaciones de género que han pervivido en nuestra cotidianidad. Al respecto, autores como Keijzer(2003), hacen alusión a la violencia, a la adopción de conductas de riesgo, a la participación en deportes extremos, como algunas de las prácticas que están en la base de las tasas de sobremortalidad masculina. En virtud de estas experiencias, Keijzer(2003) ha introducido la expresión "varón como factor de riesgo", para aludir a las implicaciones que los aprendizajes sociales de los hombres tienen para su propia salud y la de quienes los rodean.

Para comprender la lógica de funcionamiento interno del cuidado de la salud, opera como condición el privilegiar las formas de subjetivación y los códigos simbólicos mediante los cuales los varones asimilan su mundo y su contexto cultural, el cual involucra órdenes económicos, sociales, políticos y normativos, que regulan su forma de ser y hacer, en suma, su identidad genérica.

La estructuración de la identidad de género, en el caso masculino, se instala en la zona del privilegio, de la razón, de la naturalización de la dominación y del monopolio del poder para dirigir el rumbo del mundo. Según Bourdieu (2000), las tramas identitarias tienen lugar en medio de una profunda asimetría en el intercambio con lo femenino, en las relaciones de producción y de reproducción del capital simbólico, cuyo dispositivo central es el mercado matrimonial, que constituyen el fundamento de todo orden social.

En la consolidación identitaria se asimilan y re-elaboran representaciones sociales que devienen en conductas, formas de asumir el mundo y de interacción con los otros, consigo mismo y con el cuerpo, elementos esenciales para establecer las actitudes y las prácticas asimiladas por los varones para cuidar o descuidar su salud. La experiencia de vida juega un papel fundamental, y para el caso masculino, los códigos culturalmente legitimados inhiben, reprimen o desatan una serie de acciones que pueden conducir a la pérdida de la salud.

Figuroa (2006b) afirma que los aprendizajes de género legitiman la violencia que ejercen los hombres, no sólo contra mujeres o contra otros hombres, sino contra sí mismos, por lo que discursos instituidos como el de la salud pública, deben cuestionar estas prácticas. Para pensar en clave del cuidado de sí en la salud

masculina, importa hacer algunas reflexiones sobre cómo se ha conformado este en el terreno sociocultural y sobre cómo la salud pública ha potenciado u obstaculizado tal cuidado mediante sus prácticas discursivas.

Las afirmaciones de Keijzer(2003), al igual que las de autores como Figueroa (2003) sobre el autocuidado y Connell (1995), con respecto a la estructuración de género, llevan a pensar que los discursos de la salud pública, que deberían contribuir al fomento de prácticas de cuidado en todos los seres humanos, desdibuja a los varones como sujetos genéricos, en la medida en que no explicita con mucha claridad acciones dirigidas a ellos.

Interesa pues, develar otras maneras de ver el mundo, de interpretarlo, para poder intervenir en las lógicas de poder que emanan de las relaciones entre hombres y mujeres. No en vano Bourdieu (2000), afirma que para que haya un cambio simbólico global o una revolución a este nivel, es fundamental transformar las explicaciones del mundo, lo que toca con los principios según los cuales se ven y se dividen los escenarios social y natural. Desarticular la violencia simbólica que ejerce el hombre sobre la mujer, la discriminación y las relaciones desiguales que fundamentan la organización social, se convierten en prioridades hoy, cuando la apuesta se centra en los derechos y en la equidad, particularmente en lo que concierne a la salud.

Las tendencias en los estudios sobre masculinidades hacen visible una suerte de idealidad de cara al ser masculino, heredada y adscrita a características biológicas, morfológicas y fenotípicas que han prevalecido en las prácticas características de una sociedad patriarcal. Se devela una forma de pensamiento

relativo al ser hombre, sobre la base de la productividad, la iniciativa, la disposición de mando, la capacidad para la toma de decisiones, la heterosexualidad y la aceptación de riesgos para la salud, que se distancian del propio cuidado o cuidado de sí, y del que se debe prodigar a aquellos con los que se establece un vínculo afectivo. Desde esta perspectiva, debe reconocerse la correlación de fuerzas y las dinámicas de poder que subyacen a las percepciones y tratamientos de la triada salud-enfermedad¹ y muerte de los varones.

CUIDADO DE SÍ, A PROPÓSITO DE LOS VARONES

El cuidado de sí, es un elemento presente en los discursos del mantenimiento y la preservación de la vida (Muñoz Franco, 2006), y los seres humanos hemos instaurado prácticas variadas que indican las formas particulares de cuidarnos, de acuerdo con el contexto en el cual nos desenvolvemos. Por tal razón, este concepto no puede abordarse por fuera de su dimensión histórica, porque ella delimita sus transformaciones y sus condiciones de posibilidad.

Desde la segunda mitad del siglo XX hasta hoy, las agencias y organismos internacionales han promovido prácticas discursivas en las cuales se enfatiza la responsabilidad que debe adquirir cada persona frente a su cuidado, se trata de orientar discursos desde la salud pública que influyan en las conductas individuales. Ejemplo de ello es la formulación de la estrategia de atención primaria en la Declaración de Alma-Ata (Organización Mundial de la Salud [OMS], y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 1978) con la que comienzan a estipularse pautas, aunque en forma implícita, que fomentan la

educación en salud. La Conferencia Internacional sobre Promoción celebrada en Ottawa (OMS, 1986) define lineamientos de educación y participación de los individuos para el perfeccionamiento de las aptitudes esenciales para la vida, tales como estilos de vida saludables y adquisición de hábitos y conductas que fomenten el cuidado. En ambos casos, los discursos devienen en una suerte de llamado a que cada individuo se responsabilice de su salud, sin mención alguna a los sujetos generizados y a las diferencias que tal categoría implica en las prácticas del cuidado de sí.

No obstante, en los acuerdos de la Conferencia sobre promoción de la salud realizada en Adelaida, Austria (OMS, y Australia. Departamento de Servicios Comunitarios y de Salud, Canberra, 1988), no se explicita orientar acciones hacia los varones, y se enfatiza en concentrar la atención en las mujeres, por lo que dentro de las áreas de acción que se proponen en la declaración, se expresa el interés en las mujeres.

Posteriormente, en la declaración de la Conferencia de Santafé de Bogotá, Colombia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1992), no se ofrecen estrategias que convoquen a los hombres alrededor de acciones de salud; por el contrario, se insistió en el propósito de eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer, toda vez que se alude a que la participación de ésta, como gestora de vida y bienestar, constituye un eje indispensable de la promoción de la salud en América Latina.

La Declaración de Jakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (OMS, 1997), en su numeral cuarto, acerca de la creación de responsabilidades

individuales más significativas para la promoción de la salud, afirma que se requiere desarrollar instrucciones en salud y educación especialmente a niñas y mujeres, y se omite la importancia de vincular a los hombres en este tipo de acciones para el logro de la equidad en salud.

Más recientemente, en la Conferencia realizada en Ciudad de México (OMS, 2000), un tema permanente fue el papel de la mujer como *“una piedra angular del desarrollo de la salud”*, y se dejó de lado la inclusión de los varones como participes del desarrollo y de la gestión en salud.

Otros eventos internacionales también han subrayado discursos que promueven la atención particular de la mujer en materia de salud y del bienestar en general. En tal sentido, se invocan las cuatro conferencias mundiales sobre la mujerⁱⁱ que ha realizado la ONU, las cuales omiten una referencia explícita a acciones dirigidas a los varones.

Sin embargo, el imperativo de potenciar acciones de cuidado no puede ser menor en los hombres, como lo han evidenciado varios estudios llevados a cabo por Connell (1995), Keijzer (2003), Bonino Méndez (2005), Figueroa (2006), entre otros, con los cuales tienden a comprobar que los hombres se arrojan comportamientos que implican riesgos vitales. Esta constatación coincide con los resultados de un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), que indica una mayor propensión de los hombres hacia prácticas que disminuyen las expectativas de vida en comparación con las mujeres.

Según un estudio publicado por OPS (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano, 2008), las tasas de suicidio de los hombres son superiores a las observadas en las

mujeres. La razón entre la tasa de suicidio de los hombres y la de las mujeres varía de 1,0:1 a 10,4:1. En promedio, se producirían cerca de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino y esto es más o menos constante en diferentes grupos de edad, a excepción de un incremento en la vejez avanzada, cuando los hombres tienden a presentar tasas aun más altas (Krug y otros, 2008). Estos autores afirman que la violencia sexual contra los hombres y los niños es un problema grave; sin embargo, se ha dejado de lado en las investigaciones, salvo en lo que se refiere al abuso sexual infantil. La violación y otras formas de coacción sexual contra los hombres y los niños se producen en diversos ámbitos, entre ellos el hogar, el lugar de trabajo, las escuelas, la calle, en las fuerzas armadas y durante las guerras, así como en las cárceles y en las comisarías (Krug y otros, 2008).

Los estudios implementados principalmente en los países geopolíticamente centrales indican que entre 5% y 10% de los hombres han declarado haber sido objeto de abuso sexual en la niñez. En varias indagaciones con adolescentes de algunos países, de la hoy denominada periferia, el porcentaje de varones que declararon haber sido víctimas de una agresión sexual en alguna oportunidad varía entre 3,6% en Namibia, 13,4% en la República Unida de Tanzania y 20% en el Perú. Tanto las investigaciones llevadas a cabo en los países de centro como en los de periferia indican que es frecuente que la primera relación sexual haya sido forzada. Lamentablemente, hay pocas estadísticas confiables sobre la cantidad de niños y hombres violados en ámbitos tales como las escuelas, las cárceles y los campamentos de refugiados (Krug y otros, 2008).

La mayoría de los expertos considera que las estadísticas oficiales subestiman la cantidad de hombres víctimas de violación. Los datos disponibles indican que la probabilidad de que los hombres denuncien una agresión sexual a las autoridades es aún menor que en el caso de las mujeres. Los mitos sobre la sexualidad masculina también son un obstáculo para que los hombres presenten algún cargo judicial contra su agresor(a). Incluso se alerta sobre las consecuencias que este tipo de experiencias pueden acarrear en el orden psíquico, inmediatamente después de la agresión y a más largo plazo. Estas incluyen culpa, ira, ansiedad, depresión, estrés postraumático, disfunciones sexuales, afecciones somáticas, alteraciones del sueño, alejamiento de la pareja e intento de suicidio. Además de estas reacciones, en algunos estudios, también se determinó que existe una correlación entre haber sido víctima de una violación y el abuso de sustancias, las conductas violentas, el robo y el ausentismo escolar. Empero, muchos países no tratan el problema de forma adecuada, ya que no lo consideran un delito equivalente a una violación femenina (Krug y otros, 2008).

Paralelamente, sobre la sexualidad en América Latina, Keijzer(2001) afirma que esta *“es definitivamente un campo central en la comprensión de las identidades masculinas con repercusiones diversas en la salud”* (2001:13). También indica sobre los estudios de autores como Horowitz y Kaufman (1987), Castro (1998), Núñez (1994), Ruiz (1998), Sanz (1997), que refieren a la diversidad de prácticas sexuales de los hombres y de cómo ellas están transversalizadas por el poder y el privilegio que otorga la cultura al hecho de ser hombres (De Keijzer, 2001).

Como todos los países de la región, Colombia experimenta cambios demográficos. Se proyecta una tendencia al incremento de la esperanza de vida al nacer de 70,70 en 2008-2013 en hombres y 76,78 en mujeres y para el período 2010-2015, se estima que esta ascenderá a 70,95 y 77,10 respectivamente (Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2012).

El 65% de la morbilidad corresponde a los hombres entre los 15 y los 44 años de edad, por el gran impacto que tienen las lesiones y los homicidios en la morbilidad total del país. Los hombres sufren cinco veces más lesiones que las mujeres (Gómez, Tovar, y Agudelo, 2003). La primera causa externa de defunción en nuestro país es el homicidio y las demás lesiones intencionales producidas por otros, seguida por los accidentes de tránsito (Carmona-Fonseca, 2005).

De otro lado, en un estudio realizado con población urbana entre los 18 y los 65 años de edad, sobre Salud Mental en Colombia (Colombia. Ministerio de Protección Social, 2003), se afirma que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (drogas, nicotina, alcohol) son más elevados en los hombres, en que en las mujeres. Al respecto la OPS (2007, Vol. 2) afirma que dos de cada cinco personas en el país presentan al menos un trastorno mental durante su vida, siendo de más alta prevalencia el de ansiedad (19,3%). En hombres, el más frecuente es el abuso de alcohol (13,2%) y en mujeres es mayor la depresión (14,9%). La prevalencia de uso de sustancias (de todos los tipos) fue superior en hombres.

“Las diversas formas de descuido del cuerpo” (De Keijzer, 2003) en los hombres, exhiben la importancia de indagar las racionalidades en los discursos de la salud

pública referidos al cuidado de sí masculino, al considerar que éste se concreta en un contexto sociocultural. Como parte de nuestra historia, tanto los hombres como las mujeres, hemos sido socializados bajo parámetros establecidos de acuerdo con una condición genérica sustentada en las diferencias biológicas del sexo. No es desconocido que desde los primeros años del ciclo vital, los grupos sociales a los cuales es integrado el ser humano, promueven conductas, comportamientos y criterios de crianza que se orientan de acuerdo a si se es mujer o si se es hombre. El género, como construcción cultural, condiciona en gran medida las actitudes frente a nosotros mismos y frente al mundo que nos rodea. Así, la reproducción social está delimitada por sutiles trazos que condicionan el lugar que se ocupa en un espacio social específico (Muñoz Franco, 2006).

ALGUNAS PROPUESTAS

Es sustancial que los saberes hegemónicos cuestionen la asertividad de sus respuestas a las demandas en salud de las comunidades a las cuales se debe. En cuanto a la población masculina, sería conveniente indagar por la posible invisibilización de los hombres en sus prácticas discursivas y, consecuentemente, la ausencia de acciones que favorezcan el cuidado de sí, porque tradicionalmente ha sido un asunto considerado femenino, lo que conduce, a su vez, a pensar que los discursos de la salud pública, pueden estar reforzando prácticas estereotipadas y adscritas a la masculinidad hegemónica.

De acuerdo con autores como Connell (1995) y Figueroa (2006) deben develarse las estructuras discursivas instituidas en la salud pública, para poder hacer visibles

las relaciones, visiones de mundo, apuestas e influencias que afectan negativa o positivamente a los hombres como sujetos generizados.

Si se conviene que ser hombre o ser mujer trae de suyo la aceptación de roles, de posiciones en la estructura de la organización social, que delimitan maneras de ser diferenciadas y legitimadas por la misma sociedad, se convendrá que es fundamental entender las lógicas que de la subjetividad posibilitan discursos como el de la salud pública, orientar de manera oportuna y pertinente, políticas que procuren el bienestar de hombres y de mujeres, en respuesta a la búsqueda de equidad, como valor insoslayable de la acción profesional en esta área.

Consecuentemente, autores como Keijzer (2003), proponen “la construcción de una política de salud dirigida a la población masculina”, ya que una política de este tipo puede tener efectos positivos en hombres y en mujeres, si se considera que el hombre, por su aprendizaje social, no solo pone en riesgo su salud sino también la de sus seres queridos (mujeres, hijos, amigos, amigas, entre otros).

Lo anterior exige avanzar en términos investigativos, hacia la comprensión de las lógicas de reproducción masculinas, de sus códigos simbólicos, de tal manera que se genere una conciencia posibilitadora de transformaciones en el cuidado de sí. Se requiere proseguir en el afán de comprender cómo los discursos instituidos en salud han contribuido a la perpetuación de roles y posiciones tradicionales en los varones.

Desde la perspectiva de la salud pública, se precisa concretar la reflexión sobre las miradas que se han tenido hasta ahora y modificar sustancialmente los conceptos y enfoques en los cuales se han basado sus prácticas discursivas. Ello

posibilitará un nuevo modo de interpretar las realidades que se evidencian en sus prácticas profesionales, y obliga a re-pensar dichas prácticas, a observar y evaluar las realidades, el mundo, las personas y sus experiencias, cómo una manera de disrupción con las estructuras convencionales.

Referencias

- Bonino Méndez, L. (2005). Masculinidad, salud y sistema sanitario, el caso de la violencia masculina. En Ruiz-Jarabo Quemada, y Blanco Prieto (Coords.). *La violencia contra las mujeres, prevención y detección: como promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias, y gozosas*. España: Díaz de Santos.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Carmona-Fonseca, J. (2005). Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. *Biomédica*, 25, 464-80.
- Castro, R. (1998). Uno de hombre con la mujer es como una corriente eléctrica: subjetividad y sexualidad entre los hombres de Morelos. *Debate feminista, año 9, Vol. 18*, México.
- Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2012). *Proyecciones anuales de población por sexo y edad: 1985-2015*. Recuperado de www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/.../proyecc3.xls

- Colombia. Ministerio de Protección Social. (2003). *Un panorama nacional de la salud y la enfermedad mental en Colombia: Informe preliminar* (pp. 29-33). Santafé de Bogotá: Autor.
- Connell, R. (1995). The social organization of masculinity. In T. Valdés, & J. Olivarría (Eds.), *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- Faur, E. (2004). *Masculinidades y desarrollo social*. Bogotá: Arango.
- Figuroa, J. G. (2003) A gendered perspective on men's reproductive health. *International Journal of Men's Health*, 2(2). Recuperado de <http://www.questia.com/library/p535/international-journal-of-men-s-health/i2464823/vol-2-no-2-may-31>
- Figuroa, J. G. (2006). El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿Un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes? En Conferencia Exclusión y derecho a la salud, la función de los profesionales de la salud (pp. 373-392). Lima, Perú: IFHHRO, EDHUCASALUD.
- Figuroa, J. G. (2006b). El derecho a la salud en la experiencia de los varones. En C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos, y S. Vallenás (Coords.), *La salud como un derecho ciudadano: Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: International Forum for Social Sciences in Health, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Foucault, M. (1996). *Hermenéutica del sujeto*. La Plata: Altamira.
- Gómez, L. A, Tovar, H., y Agudelo C. (2003). Utilización de Servicios de Salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan

Obligatorio de Salud en Colombia. *Revista Salud Pública de Medellín*, 5(3).

Horowitz, G. Kaufman, M. (1987). "Sexualidad Masculina: hacia una teoría de liberación" en Kaufman, Michael. Hombres, poder placer y cambio, CIPAF, Dominicana

Keijzer, B. (2001). Los hombres ante la salud sexual reproductiva: una relación contradictoria. En M. Bronfman, y C. A. Denman (Eds.), *Salud reproductiva: temas y debates* (pp. 59-82). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos, y S. Vallenas (Coords.), *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: International Forum For Social Sciences in Health, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Krug G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, B., y Lozano R. (Eds.). (2008). Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Publicación científica y técnica OPS-OMS*, 588. N°588.

Martel, V. (2004, enero). *Emergencia del sujeto moderno*. XV Congreso Interamericano de Filosofía, II Congreso Iberoamericano de Filosofía "Tolerancia", Lima, Perú.

Muñoz Franco, N. (2006). *Representaciones sociales del cuidado de si en salud salud en adultos jóvenes universitarios*. Medellín, Universidad de

Antioquia, Facultad de Enfermería. (Trabajo inédito, Maestría en Salud Colectiva)

Muñoz Franco, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Rev. Salud Colectiva de Buenos Aires*, 5(3), 391-401.

Naciones Unidas. (s. f.). *Las cuatro Conferencias mundiales sobre la mujer, 1975 a 1995: una perspectiva histórica*. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer2011.htm>

Núñez, G. (1994). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*, El Colegio de Sonora. México.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986, noviembre). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Documento elaborado en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1997, julio). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Declaración adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Yakarta, Indonesia. Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000, junio). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Reporte surgido de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud "Promoción de la salud: hacia una mayor equidad". Ciudad de México, México. Recuperado de

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas : hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Recuperado de http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/2_WCSDH_Discussion_Paper_resources/1_Governance/Adelaide_Statement/ETH_hiap_statement_2010_ES.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS], y Australia. Departamento de Servicios Comunitarios y de Salud, Canberra (1988, abril). *Recomendaciones de Adelaide: Políticas públicas para la salud*. Declaración de la 2a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Adelaide, Australia del Sur. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS], y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (1978, setiembre). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud*. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1992, noviembre). *Declaración de Santa Fé de Bogotá*. Declaración realizada en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santafé de Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/MTC_DeclaracionBogota.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2002). *Programa mujer, salud y desarrollo*. Washington DC: OPS, OMS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2007). *Salud en las Américas* (Vols. 1-2). Washington DC: OPS, OMS.

Ruiz, M. (1998). “La semilla del hombre. Notas etnológicas acerca de la sexualidad y reproducción masculina entre los mayas”, en Lerner, Susana, Varones, sexualidad y reproducción, El Colegio de México.

Sanz, F. (1997). *Psicoerotismo femenino y masculino, para unas relaciones placenteras, autónomas y justas*. España: Edt Kairos. .

Formato de citación

Muñoz, N. (2012). Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (2), 6-26 Disponible en: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)

Notas

ⁱ El binomio salud-enfermedad se retoma desde su carácter multicausal, como parte del ciclo vital, altamente influido por el contexto sociocultural, económico y político, que demarca sus condiciones de posibilidad. Su potencia y su real capacidad de realización, se construyen mediante las interacciones humanas, lo que significa tener presente, de acuerdo con Faur (2004), que hombres y mujeres, como seres históricos y sujetos generizados participantes en la gestión del desarrollo, poseemos una manera distinta de ver y de estar el mundo.

ⁱⁱ La primera conferencia mundial sobre la condición jurídica y social de la mujer tuvo lugar en México D.F. en 1975. En Copenhague (1980), la segunda conferencia mundial sobre la mujer para examinar y evaluar el plan de acción mundial de 1975. La tercera conferencia mundial celebrada en Nairobi, para el examen y la evaluación de los logros del decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, en 1985 y, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995.