DOI: http://10.18315/argumentum.v10i1.18698

ARGUMENTUM

ARTIGO

Involucramiento masculino en Programa de Salud Sexual y Reproductiva de San Juan-Argentina

Male involvement in the Sexual and Reproductive Programme in San Juan-Argentina.

Victoria GALOVICHE*

Resumen: Se propone un abordaje de las políticas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y desde una perspectiva relacional. El objetivo principal es comprender percepciones y estrategias en relación con la participación masculina en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de San Juan-Argentina. Respecto a la metodología utilizada, se indagó en dicha política local a través del análisis de contenido de las legislaciones vigentes y entrevistas a sus agentes técnicos/as. Los procesos de salud-enfermedad-atención en salud sexual y reproductiva están signados como cualquier otra práctica social por los estereotipos de género y las desigualdades imperantes. Si bien se reconoce que existen variadas formas de vivir la masculinidad, se considera que hay una matriz masculina hegemónica que marca la dirección en las prácticas de salud de varones y mujeres, así como de los/las agentes técnicos/as que ejecutan el programa citado. También se detecta una ausencia de estrategias para involucrar a los varones en dicho programa. Para ello se necesita, en primer lugar, una toma de conciencia acerca de la importancia de involucrarlos, comprender que los varones han jugado y juegan un papel fundamental en las relaciones de poder entre los géneros.
Palabras clave: Masculinidades, Salud, Políticas de Salud Sexual y Reproductiva

Abstract: This paper proposes an approach to sexual and reproductive health policies from a gender and a relational perspective. The main objective is to understand perceptions and strategies in relation to male participation in the National Program of Sexual Health and Responsible Procreation of San Juan-Argentina. Methodologically, local policy is investigated, within the national political framework, through the analysis of the current legislation and in-depth interviews with its technical agents. The processes of health and disease care in sexual and reproductive health are marked by gender stereotypes and prevailing inequalities, just as in most social practices. Although it is recognized that there are different ways of living masculinity, it is also considered that there is a hegemonic masculine matrix that marks the direction in health practices of men and women, as well as of the technical agents that execute the program. Finally, the findings offer insight to an absence of strategies to involve men in this program. To solve this, it is necessary to be aware of the importance of involving men due to the important role males play in power relations between genders.
Keywords: Masculinities. Health. Sexual and Reproductive. Health Policies.

Submetido em: 8/1/2018. Aceito em: 11/3/2018.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo[2] propone un abordaje de las políticas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y, dentro de éste, desde una perspectiva relacional.

* Socióloga. Magíster en Políticas Sociales (UNSJ). Becaria Doctoral Cofinanciada (CONICET-UNSJ). Investigadora del Instituto de Investigaciones Socioeconómicas da Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de San Juan (FACSO/UNSJ, San Juan, Argentina). Av. José Ignacio de la Roza Oeste 727, Rivadavia. J5402DCH. San Juan, Argentina. Correo: <vicogalo@hotmail.com>. ORCID: <0000-0001-8945-8437>.
[2] Este artículo presenta los resultados parciales del trabajo de Tesis Final de la Maestría en Políticas Sociales –Universidad Nacional de San Juan– denominada Masculinidades y salud sexual y reproductiva. Las miradas y estrategias de inclusión masculina desde el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de San Juan.

CC BY NC SA

En este contexto, siguiendo a Pautassi, se considera que el género refiere a todos aquellos atributos y roles sociales cambiantes que una sociedad le asigna a lo femenino y a lo masculino; en nuestras sociedades, este concepto giró en torno a una "[...] construcción social desigual basada en la existencia de jerarquías entre ambos sexos, y a las consiguientes relaciones asimétricas de poder que se generan a partir de allí" (PAUTASSI, 2000, p. 89).

Asimismo, se destaca la importancia de un enfoque de género relacional, pues

> [...] las vidas de las mujeres y los hombres son fundamentalmente recíprocas y han de ser comprendidas en términos relacionales. El concepto de reciprocidad [...] se usa para demostrar cómo, a menudo, existen relaciones entre los procesos y resultados finales de la salud de las mujeres y los hombres (SABO, 2000, p. 7).

La construcción de las subjetividades femeninas y masculinas determina formas de vivir, de enfermar, de padecer, de cuidarse y buscar cuidado, como así también de ejercer la propia sexualidad. Las diferencias entre los sexos se traducen en valores, prácticas y proyectos de vida que naturalizan desiguales posibilidades de elección, de toma de decisiones, accesos y control de recursos, entendiendo que en el espacio de la sexualidad y la reproducción, estas representaciones se recrean claramente según el género.

En este sentido, es importante comprender que tales relaciones interpelan principalmente a una *masculinidad hegemónic*a en Occidente –sin desconocer la existencia de variadas formas de vivir la masculinidad–, que traza los mecanismos por los cuales se mantiene una situación de desigualdad social de género en detrimento de las mujeres y que, asimismo, acarrea diversos efectos en las propias prácticas de los varones.

El mundo occidental estructurado en un orden patriarcal ha ido conformando un modelo hegemónico de masculinidad. Desde este trabajo se consideran los aportes de R. Connell respecto al concepto de hegemonía: derivado del análisis de A. Gramsci de las relaciones de clases, refiere a la dinámica cultural por la cual un grupo exige y sostiene una posición de liderazgo en la vida social. La masculinidad hegemónica en Occidente se puede definir como "[...] la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres" (CONNELL, 1995, p. 12).

Por otra parte, así como se construye y reconstruye una masculinidad hegemónica, también se hallan presentes otro tipo de masculinidades, subordinadas o alternativas. Es decir, individuos que se inscriben en formas diferentes de vivir la masculinidad, que se alejan del modelo imperante tradicional.

Siguiendo este planteo, se retoma la contribución de Montoya (1998), quien describe los atributos de masculinidad más importantes exigidos a los varones en nuestra sociedad latinoamericana: la heterosexualidad obligatoria, el ejercicio de una ocupación remunerada y ser violento y agresivo.

En este marco, una de las expresiones del *poder del varón* puede visualizarse en el ámbito doméstico, un poder que se ejerce en desmedro de la mujer y que aparece como la autonomía de los varones en el desplazamiento y la expresión, y la autonomía sexual y reproductiva. En este escenario, se desarrollan limitaciones que restringen las posibilidades de las mujeres, inequidades que pueden observarse claramente cuando analizamos el comportamiento de las parejas y familias con respecto a la sexualidad y la salud reproductiva, y los juegos de poder al interior de ellas.

En general, la responsabilidad de las decisiones en la salud sexual y reproductiva ha sido puesta en mayor parte sobre las mujeres/madres, haciendo invisibles las relaciones de poder que se viven al interior de las parejas.

Es por ello que en el presente trabajo, la mirada se coloca en comprender la posición de los varones en relación a la salud sexual y reproductiva, entendiendo la relevancia que la figura del varón comporta en este proceso para sí mismo y su papel en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

De hecho diversos organismos internacionales y estudios en el área han visualizado la necesidad de contar con los varones en este proceso. Así, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, en 1994, abrió nuevos caminos al reconocer la participación de los varones en la salud sexual y reproductiva, una esfera que hasta ese entonces hacía caso omiso del papel activo del varón.

De acuerdo con esto, en cada medida de carácter público o privado que garantice el derecho a la salud, resultan relevantes las percepciones sociales que se construyan frente a la masculinidad y a su involucramiento efectivo, pues es en función de ellas que las prácticas se dirimen.

En este artículo se parte del reconocimiento de que, para el logro de una de las metas de política centrales de dicha Conferencia y para no continuar haciendo invisible el papel de los varones en este campo sanitario, es necesario indagar en las acciones políticas en torno a las estrategias que desarrollan en relación a la participación masculina.

En este sentido, se muestran las percepciones y estrategias que se tienen respecto a la participación del varón en este campo, presentes en la Política de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina, profundizando en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) de la Provincia de San Juan desde la mirada de sus representantes oficiales y agentes ejecutores.

MARCO METODOLÓGICO

La investigación fue de tipo interpretativo-comprensiva, por lo cual se utilizó una metodología de tipo cualitativa. Su finalidad fue la comprensión del objeto de estudio recuperando la perspectiva de los/las sujetos sociales.
La técnica para el relevamiento de datos consistió en la aplicación de técnicas documentales y conversacionales. En cuanto a la primera, se llevó adelante una búsqueda y revisión de documentos oficiales como el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el

Desarrollo de El Cairo (1994) y la Ley 25.673/2002 (Ministerio de Salud, 2002) de creación del PNSSyPR.

Además, se aplicó la técnica entrevista en profundidad a los/las agentes técnicos/as –responsables, médicos/as y promotores del PNSSyPR en la Provincia de San Juan. Todo ello se realizó durante el periodo que va desde diciembre de 2015 a mayo de 2017.

Los/las Informantes Claves fueron agentes técnicos/as del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en San Juan que han desempeñado funciones durante varios años con continuidad en dicho Programa:

- Uno de los Referentes Provincial del PNSSyPR.
- Ginecólogo –Hospital zona semirural–.
- Asesora de salud –Centro de Salud zona urbana–.
- Promotora de salud –Centro de Salud zona semirural–.
- Agente Sanitaria –Centro de Salud zona semirural–.
- Enfermera –Microhospital zona urbana–.

Los ejes principales sobre los que versaron las entrevistas fueron:

- Acciones en torno a la salud sexual y reproductiva desarrolladas en el PNSSyPR.
- Enfoque de género presente en el PNSSyPR.
- Percepciones sobre las prácticas de salud/enfermedad/atención sexual y reproductiva de varones.
- Estrategias de involucramiento masculino en salud sexual y reproductiva en el marco del PNSSyPR.

La elección del espacio de estudio, Provincia de San Juan, tiene que ver con la posibilidad de poner de relieve las diferencias regionales en nuestro país, que claramente se hacen visibles cuando se analizan programas elaborados a nivel nacional que luego en las provincias del interior se adaptan, mutan y modifican según sus características culturales, políticas e institucionales.

Respecto a la estrategia de análisis de la información, se utilizó el Método de Comparación Constante propuesto por Glaser y Straus (1967). A través del mismo se observaron las similitudes y diferencias y se establecieron regularidades en los incidentes, con el propósito de generar nuevas categorías de análisis para la realidad estudiada.

Es menester recalcar los procedimientos éticos que se desarrollaron durante la investigación, teniendo en cuenta al autor Lolas (2000):

- La propia técnica: se utilizaron métodos y técnicas de recolección de datos y de análisis de los mismos, reconocidos por las disciplinas como válidos para la formulación y resolución de problemas que se presentan en el quehacer práctico.
- El mérito científico: incluye la competencia para indagar o proponer la generación de otras disciplinas; enriquece la discusión entre expertos e incrementa el ámbito de conocimientos de una disciplina. En este caso se trata de un trabajo –en el marco de la Tesis de Maestría en Políticas Sociales, UNSJ– que ha pasado por la evaluación del Comité Académico de dicho Postgrado.

- El mérito social: centrado en los beneficios que aporta el incremento de conocimiento a las comunidades locales. Se reconoce el respeto como modo de aproximarse al diálogo con los/las informantes de este estudio, resguardando su identidad y dejando abierto el campo a la libertad de opinión respecto a la temática. Las entrevistas fueron realizadas con consentimiento y grabadas en sus lugares de trabajo.

1 CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POBLACIÓN Y DESARROLLO (CIPD): INVITACIÓN AL INVOLUCRAMIENTO MASCULINO

En el año 1994 se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, organizada por la ONU. Este encuentro marca un punto de inflexión al ampliar la mirada de los debates normativos respecto a la población y su desarrollo.

En la CIPD se dieron cita unos veinte mil delegados y delegadas de varios gobiernos, agencias de la ONU, ONGs y medios de comunicación. Los principales temas debatidos giraron en torno a la inmigración, la salud reproductiva, la mortalidad infantil, los métodos anticonceptivos, la planificación familiar, la educación de las mujeres y la protección de estas últimas frente a los peligros del aborto inseguro.

Culminado el encuentro, se dio por aprobado un Programa de Acción que establece un número específico de objetivos y metas para ser abordadas por los países en relación a la población y desarrollo en un plazo de veinte años. El tratado aquí esbozado se llevó a cabo abriendo el campo a miradas fuertemente críticas, pues se tocaban puntos de disputas relacionados con la garantía de los derechos reproductivos principalmente.

Entre sus alcances fundamentales, puede citarse el hecho de que "[...] del control demográfico, se pasa a uno basado en el derecho fundamental a los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres" (ASHFORD, 2004, p. 1). Por otra parte,

> [...] los gobiernos ahora coinciden en que las políticas de población deben abordar el desarrollo social en una perspectiva más amplia que sólo la planificación familiar, especialmente en lo referente a mejorar la condición de la mujer, y en que la planificación familiar debe proporcionarse como parte de un contexto más amplio de atención a la salud reproductiva (ASHFORD, 2004, p. 1).

En este sentido, cabe recalcar que, mediante dicha Conferencia, se acordó en acuñar un nuevo concepto, el de *Salud Sexual y Reproductiva*, reemplazando al anterior de *salud materna e infantil*. Asimismo, la Conferencia establece un cambio radical en el paradigma de la población al proponer que el camino seguro para el desarrollo de una sociedad debe centrarse en el logro del máximo estándar en calidad de vida de sus individuos y esto siempre dentro del marco del respeto a los derechos humanos.

Respecto a las definiciones de salud sexual y reproductiva, el Informe de El Cairo establece lo siguiente:

> La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud re-

> productiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (NACIONES UNIDAS, 1995, p. 37).

En este apartado se deja sentado lo que este nuevo derecho reproductivo abarca: el acceso a servicios de planificación familiar, consejo e información, atención prenatal, postnatal y en el parto, atención médica para los recién nacidos, tratamiento para las enfermedades del aparato reproductor y enfermedades de transmisión sexual, servicios para el aborto seguro, y tratamiento para las complicaciones relacionadas con el aborto, prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad, información, educación y consejo sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva, la paternidad responsable, y la evitación de prácticas dañinas como la mutilación genital femenina.

La salud sexual en este abordaje es parte de la salud reproductiva e incluye un desarrollo sexual sano, relaciones responsables y equitativas, y ausencia de prácticas dañinas relacionadas con la sexualidad, violencia, enfermedades, etc.

De este modo, si bien por un lado, al definir claramente cada uno de estos conceptos se abre un nuevo panorama respecto a los temas de salud, sexualidad y reproducción, poniendo énfasis en términos antes oscurecidos y que ahora se pueden discutir, por otro lado, se advierten aún algunas cuestiones que quedan inconclusas, por ejemplo, se habla de la salud sexual y la sexualidad incluyéndolas dentro de la salud reproductiva, como se vio más arriba.

Algunos autores manifiestan esta dificultad:

> Liberar la sexualidad entraña remover uno de los poderes estratégicos sobre los que se construyen los sistemas de género o patriarcales. Pareciera que por eso, en El Cairo, el tema fue tratado solamente como derechos reproductivos y, aunque estuvo separado del capítulo de salud, se trató en sus connotaciones de salud y principalmente en su efecto beneficioso para la regulación de la fecundidad (MONTAÑO, 1995, p. 13).

Entre los postulados de la CIPD puede evidenciarse avances en torno a las problemáticas que afectan la salud sexual y reproductiva como un tema de población pero también como un asunto de género. En el desarrollo de tal programa de acción se accede a un punto de vista integral del proceso salud-enfermedad-atención, entendiéndolo como una secuencia biológica y social.

En este sentido, la CIPD propone una

> [...] atención integral de salud reproductiva que abarque la planificación familiar, el embarazo sin riesgos y los servicios de parto, el aborto (donde sea legal), la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH y el SIDA), información y asesoría sobre sexualidad, y la eliminación de prácticas dañinas contra la mujer (como la mutilación genital y los matrimonios forzados) (ASHFORD, 2004, p. 2).

En el desarrollo de la Conferencia se posibilitó la presencia activa de grupos organizados de mujeres para participar codo a codo con los delegados y delegadas de los países, lo cual hizo

emerger distintas luchas respecto a la defensa de una igualdad de género en el ámbito reproductivo y sexual.

A partir de estas voces, la CIPD reconoce que si bien en materia de salud reproductiva varones y mujeres tienen necesidades comunes, también se evidencian situaciones de asimetrías de poder entre los géneros, situaciones llevadas a cabo por las propias instituciones que mantienen mandatos patriarcales en perjuicio de las mujeres.

Por otra parte, en este evento, además de requerir la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se precisa de manera explícita que la vinculación de los varones en temas como la planificación familiar y la salud reproductiva resulta relevante y urgente, pues esta figura podría colaborar en la modificación y mejora de las condiciones de salud de las mujeres y las relaciones de género actuales.

De hecho, es en la CIPD donde por primera vez se hizo alusión a los varones en relación a la salud sexual y reproductiva. Esta promulgación se realizó de un modo tardío si se tiene en cuenta el camino seguido por los estudios de género, los cuales se dedicaron en un principio a tratar las problemáticas sobre la vulnerabilidad y violaciones de los derechos de las mujeres.

Ahora bien, el Informe de la CIPD dedica una sección a *Las Responsabilidades y Participación del Hombre,* disponiendo bases para la acción:

> Los cambios de los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de hombres y mujeres constituyen una condición necesaria para el logro de una colaboración armoniosa entre hombres y mujeres. El hombre desempeña un papel clave en el logro de la igualdad de los sexos, puesto que, en la mayoría de las sociedades, ejerce un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida, que van de las decisiones personales respecto del tamaño de la familia hasta las decisiones sobre políticas y programas públicos a todos los niveles. Es fundamental mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, de forma que unos y otras colaboren por igual en la vida pública y en la privada (NACIONES UNIDAS, 1995, p. 24).

Desde esta última perspectiva, puede observarse la referencia a la figura del varón en torno a la reproducción familiar principalmente. La propuesta de la incorporación de los varones en las cuestiones de salud sexual y reproductiva para el desarrollo se prevé como parte importante de los procesos de cambio de las condiciones sanitarias de las mujeres y los niños y niñas, y con ello se reconoce el papel fundamental del varón en las *buenas prácticas reproductivas y sexuales*, en su rol de *padre y pareja*.

2 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE EN ARGENTINA: LINEAMIENTOS Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

El 22 de noviembre de 2002 se anuncia en el Boletín Oficial de nuestro país la ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Con la sanción de dicha Ley, se incorpora por primera vez la salud sexual y reproductiva en la agenda de las políticas públicas del Estado nacional.

En el proceso de aprobación de la misma se produjeron diversas discusiones y objeciones, pues se colocaba en el escenario público cuestiones sociales complejas. Si bien no es la primera norma de Argentina que aborda esta temática, sí representa la confirmación de una nueva política de salud que le da fuerza y cohesión a las distintas medidas de carácter local que se habían desarrollado en el país y recapitula acuerdos internacionales.

En Argentina, por un lado, existen diversos programas de salud sexual y reproductiva locales que comenzaron a implementarse mucho antes de que se decretara la Ley y Programa nacional –aquí la pionera es la Provincia de La Pampa con su *Programa Provincial de Procreación Responsable* (ley 1363) vigente desde el 27/12/1991– (LA PAMPA, 1991). Por otro lado, pueden visualizarse las medidas provinciales que surgieron después de la sanción de la ley nacional. Se habla de las provincias que en algunos casos no cuentan con leyes provinciales específicas en la temática pero que enmarcan sus acciones en el Programa Nacional, como es el caso de la Provincia de San Juan.

En este contexto, la citada Ley dispone que el Ministerio de Salud será la autoridad que la aplique, pero explicita en sus reglamentaciones que es una tarea a ser llevada a cabo por un conjunto de instituciones y organizaciones de distinta índole necesarias para el alcance de sus objetivos. Además, en el diseño de esta norma se tuvieron en cuenta los derechos consagrados en distintos Tratados Internacionales, con rango constitucional, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

En el Decreto Nacional 1282/2003 de reglamentación de dicha ley se expresa además que su accionar queda enmarcado en la Constitución Nacional, y "[...] señala la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidos por la misma y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, antes mencionados" (ARGENTINA, 2003).

Ahora bien, en el diseño del Programa se establece el siguiente propósito general de acción: "[...] promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social; así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades para el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva" (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2014).

En relación con este propósito, sus objetivos son:

a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;

b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;

c) Prevenir embarazos no deseados;

d) Promover la salud sexual de los adolescentes;

e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias;

f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;

g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, el programa establece la amplitud de sus beneficiarios/as, pues está destinado a la población en general, sin ningún tipo de distinción. El programa, a su vez, debe ser aplicado tanto en centros de salud públicos como privados. En el caso de los centros de salud privados, siempre y cuando sea conforme a sus credos confesionales, fines institucionales y/o convicciones, etc., quedando la posibilidad de exceptuarse de algunas acciones mediante presentación formal a las autoridades locales.

La garantía de los derechos sexuales y reproductivos consagrados por este programa forma parte de un objetivo fundamental: la transformación del modelo de atención sanitaria, basado en la mejora de la calidad y cobertura de los servicios de salud y el alcance efi eficaz a sus usuarios/as.

Uno de los enfoques propuestos en el proceso atención-salud-enfermedad guarda relación con una concepción preventiva y de riesgo, que ofrezca una respuesta anticipada y satisfactoria para disminuir las complicaciones en materia de salud sexual y reproductiva.

Desde el momento en que se comenzó a implementar el PNSSyPR (ARGENTINA, 2003) en las provincias hasta la actualidad, el número de centros sanitarios que brindan servicios de salud sexual y reproductiva creció de manera significativa[3].
En relación al abordaje conceptual respecto a la salud sexual y reproductiva, con la sanción de la Ley que reglamenta este programa se pueden visualizar cambios en los modos de entender la sexualidad y la reproducción.

En la mayoría de los diseños de los programas provinciales anteriores al PNSSyPR, se hacía referencia a la salud reproductiva pero no a la salud sexual. De hecho, en los nombres de dichas medidas[4] de algún modo se anticipa su contenido, ya que evidencian una postura clara de la salud sexual subsumida a la reproducción, y con ello el énfasis en cuestiones como la planificación familiar y la maternidad.

Al estar enmarcados en la salud reproductiva, estos programas implicaban

> [...] atender la salud de las mujeres en edad fértil, considerar la sexualidad solo reproductiva y las patologías derivadas de tal función. En cambio planificar un programa desde el derecho a la salud sexual incluye la mirada de salud integral de hombres y mujeres en esta relación que mantienen en el ámbito de la sexualidad. Una relación que debe ser libre y justa para ambos, lo que incluye la salud reproductiva y la

[3] En el año 2006, el 78% de los establecimientos sanitarios en el sector público ofrecían servicios de salud sexual y reproductiva. Esta proporción subió hacia finales del año 2009 al 93,1% del total de efectores de salud. ["Servicios de Salud Sexual y Reproductiva" se utiliza para hacer referencia a la provisión de información, consejería, y a la entrega de métodos anticonceptivos] (ARGENTINA, 2011).
[4] Ejemplos de los primeros programas y sus denominaciones en cada provincia son: "Programa Provincial Procreación Responsable" (La Pampa, 1991), "Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable" (Chaco, 1996), "Programa de Acción en Favor de la Salud de la Mujer y el Niño" (Corrientes, 1996) y "Programa Provincial de Salud Reproductiva" (Mendoza, 1996) (PETRACCI; RAMOS, 2006).

> responsabilidad maternal/ paternal compartida (MENG en PETRACCI; RAMOS, 2006, p. 9).

Por ello es que, desde la Conferencia de El Cairo (1994), pasando por los programas provinciales hasta llegar al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en nuestro país, puede evidenciarse un camino en el que es posible identificar cambios en lo conceptual (concepciones sobre la salud sexual y reproductiva) y en las estrategias de intervención por parte del Estado. Que el PNSSyPR acuñe los conceptos de salud sexual y reproductiva como categorías separadas entre sí aventura una forma más amplia de mirar los procesos de salud-enfermedad-atención.

Hablar de salud sexual independientemente del ámbito de la reproducción es una toma de posición que, al menos en sus propuestas, garantizaría el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Así se reconoce que la salud reproductiva es o puede ser sólo una parte de la salud sexual y que, por ende, cuidar la salud sexual no siempre quiere decir que se está protegiendo el cuerpo para fines reproductivos.

En este sentido, el programa estudiado aborda, por un lado, lo que atañe a la salud sexual, abarcando todos los aspectos de la vida sexual de varones y mujeres, y por otro lado, contempla la salud reproductiva, la cual incluye paternidad, maternidad y planificación familiar.

Ahora bien, cabe aquí realizar un análisis de los conceptos que aparecen en la denominación del programa. En su nombre como en sus definiciones fundamentales se hace alusión a las acciones en salud sexual y reproductiva *responsables*. Es decir, se promueve que tanto las actitudes como las decisiones de varones y mujeres respecto de su sexualidad y reproducción se realicen con responsabilidad. Se sigue de algún modo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define el derecho a la planificación familiar como "[...] un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país" (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1997).

Si bien el uso del concepto *responsable* por sí mismo devela una definición de lo *irresponsable*, este último término no se explicita, pero sí se precisa en sus lineamientos que las conductas reproductivas y sexuales responsables tienen que ver con elegir el número de hijos/as que cada pareja desea tener, resguardar el intervalo óptimo entre un hijo/a y otro/a, disminuir la mortalidad materna e infantil, evitar embarazos no deseados, entre otros. Asimismo, supone tomar decisiones habiendo recibido información acerca de todos estos temas. Cabe aquí reflexionar que cuando en el programa se hace alusión a una *procreación responsable* no queda explícito que se esté solo referenciando a los varones, sino al proceso de reproducción en general.

En este marco es importante analizar qué mirada de género subyace en dicho programa, más allá de que en el diseño se explicite una posición en relación a las desigualdades sociales de género.

En el texto de la Ley que reglamenta el programa se hace referencia al compromiso en llevar adelante acciones que garanticen el derecho a la planificación familiar y a la toma de decisiones libres, consientes y responsables en este sentido, y se hace hincapié en el lugar que las mujeres han ocupado en este proceso.

Por un lado, el programa establece la necesidad de facilitar el acceso de las familias en general a la información, educación y servicios vinculados a su salud y comportamiento reproductivo; por otro lado, particulariza este cometido al abordar a las mujeres como sujetos vulnerables en el entramado de actitudes y decisiones sexuales y reproductivas. Así, específicamente en uno de sus objetivos programáticos se plantea que es urgente potenciar la participación femenina en lo referente a su salud sexual y reproductiva.

El PNSSyPR comprende y aborda las manifestaciones de la subordinación de las mujeres en materia sanitaria, al entender que en las relaciones de pareja y familiares aún se registran procesos de dominación masculina que afectan el libre comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres.

Considera además las implicaciones de los estereotipos de género en la salud, "[...] particularmente para las mujeres porque ellas cargan los riesgos de salud del embarazo y parto y son más vulnerables a las ITS y las ETS (enfermedades de transmisión sexual), incluyendo el VIH/SIDA" (FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000, p. 15).

En este contexto, se observa que el programa se orienta desde el discurso hacia una perspectiva de género y se aboca principalmente a la problemática femenina. Así, la participación masculina en salud sexual y reproductiva no se explicita como sí ocurre en el Informe de la Conferencia de El Cairo (analizado en el apartado anterior).

Algunos estudiosos en la temática afirman que el proceso de implementación de políticas de salud sexual y reproductiva en Argentina ha tendido a reproducir este sesgo. Es decir, abordar lo sexual desde un papel secundario ocultado por la relevancia de lo reproductivo, y con esto la necesidad de empoderar sólo a las mujeres. Como lo manifiesta Opezzi y Ramírez:

> [...] se han expresado en el desarrollo de programas locales, orientados prioritariamente a la distribución de métodos anticonceptivos y a la creación de servicios de consejería sobre anticoncepción dirigidas a las mujeres. Más allá del reconocimiento formal de los derechos sexuales y reproductivos de varones y mujeres, el modelo implementado en las distintas jurisdicciones ha terminado reforzando los estereotipos de género que suponen una paternidad optativa, mientras la maternidad se considera obligatoria (OPEZZI; RAMÍREZ, 2012, p. 150).

En este sentido, se analiza la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva en el PNSSyPR entendiendo que la referencia en forma explícita a la figura del varón en relación a sus propios derechos a la salud y de sus compañeros/as e hijos/as es importante al momento de diseñar una política con enfoque de género, con el objetivo de alcanzar igualdad y equidad.

Al menos en sus primeros textos oficiales, cuando se sanciona la ley y el programa, el PNSSyPR no explicita la promoción de la participación masculina en salud sexual y reproductiva, como sí lo hizo el Informe de la Conferencia de El Cairo.

Cabe aclarar que aparece una única referencia a las masculinidades en la etapa actual del Programa (etapa de consolidación a partir de 2010), en algunos documentos de balance del mismo, pero no se explicitan los modos:

> Se generó una mayor fortaleza en la capacidad de gestión a nivel territorial. Se garantizó la provisión de métodos anticonceptivos y se incorporaron de manera concreta las diversas identidades, políticas orientadas a varones, a grupos específicos y un abordaje integral de la salud sexual y de la salud reproductiva, como ámbitos relacionados pero independientes. En este proceso en marcha, persisten desafíos en cuanto a mejorar la eficiencia de los procesos de distribución, la integralidad de las acciones y el acceso a derechos en distintas provincias (ARGENTINA, 2011, p. 34).

Sin embargo, existen algunas leyes provinciales en materia de salud sexual y reproductiva que sí incluyeron la participación masculina, en tanto fomentan no sólo la maternidad sino también la paternidad responsables. Ejemplos de esto son las provincias de Jujuy, Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Neuquén y Río Negro. Dichas leyes avanzan así en la deconstrucción de los roles estáticos tradicionales de género que invisibilizan al varón en el campo sanitario, además de posibilitar la construcción de actitudes responsables tanto en los varones como en las mujeres.

Ahora bien, más allá del enunciado sobre la participación de los varones, es necesario que las políticas de salud motiven el involucramiento masculino en prácticas concretas, como un medio indispensable para desafiar las relaciones estructurales, romper el orden establecido y los estereotipos inmutables de género que socavan la igualdad entre mujeres y varones.

3 PERSPECTIVAS Y ESTRATEGIAS DE INVOLUCRAMIENTO DE VARONES DESDE LOS AGENTES PÚBLICOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SAN JUAN.

Para el desarrollo de este punto se tuvieron en cuenta los resultados de las entrevistas en profundidad realizadas a los/las agentes técnicos/as del PNSSyPR. Se expondrán algunas expresiones textuales de los/las informantes, una selección de los enunciados más claros o relevantes en cada caso.

En la Provincia de San Juan, la implementación de dicho programa se realizó mediante la aprobación de una resolución ministerial del año 2003. Su surgimiento y desarrollo no estuvo exento de objeciones y obstáculos, desde la adaptación al nombre *Plan Mujer*, la ausencia de la referencia a la salud sexual en sus objetivos, así como sus constantes impugnaciones desde diversos sectores conservadores de la sociedad.

El Programa comenzó a funcionar en San Juan en el marco del Ministerio de Salud Pública y bajo la dependencia del Departamento Materno Infancia y en la División Salud Sexual y Procreación Responsable, ya que desde sus comienzos se consideró prioritario el trabajo en salud reproductiva de mujeres embarazadas o en edad fértil.

Como se vio, el programa nacional sufrió en nuestra provincia una mutación, una adaptación en su denominación y objetivos, sobre la base de las controversias que emergían de sus lineamientos nacionales. Cuando dicha normativa nacional arribó, el gobierno provincial se encontró con la ley del PNSSyPR, que trataba temáticas de gran complejidad en materia de salud pero que aún se hallaban en discusión en varios sectores de la sociedad sanjuanina (organizaciones sociales, religiosas y políticas).

Al respecto, una referente del PNSSyPR entrevistada expresó:

> Porque en su momento, cuando se presentó el proyecto, empezaron a leer y vieron que había mucha ideología, pensamiento y no querían entrar en discusión [Responsables del Ministerio de Salud], dijeron «bueno, no le llamemos salud sexual ni reproductiva, le llamemos Plan Mujer», y en ese momento dije bueno, si es lo que necesitan para que salga la resolución y empecemos a trabajar, le pongamos como a ellos les parezca. [...] Los conceptos sobre sexualidad, salud sexual, etc., les hacía ruido acá en ese momento (Referente PNSSyPR).

Se asumió el cambio de nombre por *Plan Mujer* para mitigar polémicas sobre la sexualidad y reproducción que iban en contra de la mirada de varios sectores políticos, religiosos y de la sociedad civil. Esta opción será lo que marcará, desde su significación misma, un sesgo importante a la hora de trabajar con derechos sexuales y reproductivos para toda la población.

Desde la percepción de los/las diferentes agentes técnicos/as entrevistados/as, el programa en San Juan sigue los objetivos y lineamientos del PNSSyPR, pero en concreto focaliza la acción en las mujeres en edad fértil como población objetivo. Además son ellas quienes concurren asiduamente por estos temas y marcan la impronta en la orientación de las medidas a tomar.

Esta población, que representa un conjunto social vulnerable desde amplios aspectos y que es prioritario en las acciones sobre la procreación y la provisión de métodos anticonceptivos a nivel nacional, en San Juan es adoptada como población objetivo en todo el desarrollo de su programa.

Si se compara el programa a nivel provincial con el nacional, a primera vista podría advertirse una diferencia sustancial de forma, en relación con la denominación de dicho programa, pero no respecto a su contenido. Algunos/as estudiosos/as en la temática (OPPEZZI; RAMÍREZ, 2012) señalan que a nivel nacional el PNSSyPR destinaría recursos y acciones sobre la salud de las mujeres en edad fértil principalmente, por ende se estaría profundizando en la salud reproductiva más que en la sexual, y en el género femenino más que en el masculino.

En este contexto, el programa a nivel local adhiere a los planes de acción y demandas internacionales, fomentando medidas en pro de cubrir las necesidades de la población femenina primordialmente, más allá de lo que en las normas aparece explícitamente: un programa destinado a toda la población.

Así lo declaran los/las informantes:

> Son mujeres, obviamente en edad fértil. Porque justamente es el programa de salud sexual y reproductiva... entonces el programa trata de cubrir a esa población que se supone que tiene la inquietud de querer cuidarse para poder gozar de sus derechos sexuales (Asesora de Salud PNSSyPR).

> Las mujeres en salud sexual, porque son las que más se acercan. El varón es un poco más reacio (Promotora de Salud PNSSyPR).

Con respecto a las acciones en salud sexual como reproductiva, se observó que se realizan en forma *fusionada* y casi siempre de manera simultánea para los/las destinatarios/as, por ejemplo en la entrega de insumos de utilidad anticonceptiva y preventiva de Infecciones de transmisión sexual (ITS) o charlas y consejería para uno y otro caso a la vez. Pero si se decide analizarlo de forma separada, puntualmente en salud sexual se vio que las principales medidas adoptadas tienen que ver con la difusión de información sobre sexualidad y las ITS; en el ámbito de la salud reproductiva las principales acciones están relacionadas con la entrega de insumos y todo lo referente a control y planificación de embarazos.

De esta forma, cada agente hizo referencia en primer lugar al control y seguimiento de la administración de métodos anticonceptivos para las mujeres, principales usuarias del plan. Por una parte, ya es conocido que esta política aún continúa llamándose Plan Mujer, y en este sentido, las fichas para los destinatarios/as están propuestas sólo para mujeres, allí se colocan los principales datos respecto a la reproducción y embarazo. Por otra parte, se observa que para las usuarias la demanda y el retiro de insumos anticonceptivos es un hábito, así todo el sistema y equipos de trabajo están preparados para ello y garantizan que se dé de manera continua.

Las medidas llevadas adelante por estos equipos de salud entonces dejan entrever una preocupación central por el colectivo femenino y sus procesos de procreación.

Aquí las necesidades y condiciones sanitarias de los varones de la comunidad quedan desdibujadas o postergadas. En las manifestaciones de los/las agentes pudo notarse la dificultad para definir o conocer el estado salud-enfermedad-atención en los varones, quizás debido en gran medida a la ausencia de estos en la asistencia sanitaria. De hecho, los/las agentes infieren gracias a diferentes instancias (charlas, comentarios informales casuales por parte de las parejas de los varones, etc.) cuáles son los problemas de salud sexual que aquejan a los varones. Se comprende que hay un desconocimiento generalizado acerca del estado de salud de los varones en estos temas, y por ende cuáles son sus necesidades.

En este punto los/las agentes expresan:
Si, si, tenemos. Sabemos que en general las ITS el número va en aumento, si bien son muy pocos los casos declarados porque muchos no se acercan, no consultan, pero por ahí un comentario, o en una charla sale (Promotora de Salud PNSSyPR).

> Lo que sí hay muchas chicas y chicos..., y un chico bastante avanzado con el HPV. A esos casos los derivamos porque ya era bastante. Hemos detectado 4 o 5 casos hasta ahora. Este año recién se han hecho conocer. Antes estaba el tabú de callarse, no por miedo sino porque lo que conversan conmigo tal vez no lo hacen con otros (Agente Sanitaria PNSSyPR).

En este contexto, si bien son escasas las consultas de los varones en estos establecimientos sanitarios, cuando lo hacen se realiza principalmente por los siguientes motivos: búsqueda de preservativos y, en casos menos frecuentes, consultas por vasectomías o ITS.

La ausencia de varones en consultas directas en los servicios de salud, así como en las diversas charlas que estas instituciones imparten, da cuenta de las barreras que su propia construcción de masculinidad crea.

Los/las prestadores/as de servicios sanitarios observan como habitual la llegada de los varones para solicitar métodos anticonceptivos masculinos, como respuestas a distintas estrategias puestas en práctica por los/las agentes. Estas situaciones pueden explicarse a partir de los estereotipos de conducta masculina, por ejemplo no pidiendo ayuda en los servicios de salud a causa del temor de que su virilidad o masculinidad arraigada sea puesta en duda o que se cuestionen sus comportamientos sexuales a la luz de los cánones medico-biológicos tradicionales (RAMOS PADILLA, 2006).

En este sentido, los/las agentes expresan:

> El acceder a la vasectomía, hay muchísimos mitos en cuanto a la vasectomía, el varón no quiere acceder, incluso muchas mujeres que no quieren que el varón se haga una vasectomía porque hay mucho desconocimiento de este tema, cree que va a tener consecuencias muy graves (Referente PNSSyPR).

> Por ejemplo [en las charlas], uno de los temas es si creen en los mitos, cada uno en papelitos sin nombre escribe los mitos y luego se lee y se explica. Y ahí vos te das cuenta de la cantidad de mitos que tienen ellos, muchos que andan andando y uno se los aclara. Por ejemplo, sobre las enfermedades infecciosas voy y muestro imágenes [rotafolio], muchos no saben. [...] Imagínate vienen las chicas o las parejas de los chicos a buscar ellas a lo mejor los preservativo (Promotora de Salud PNSSyPR).

En este contexto, se evidenció que, incluso luego de varios años de haber sido instalado el programa en San Juan, y después de las diferentes medidas de difusión y promoción de la salud sexual y reproductiva por distintas vías de comunicación, continúan registrándose temores, prejuicios y mitos en cuanto a la sexualidad de los varones, la reproducción, la paternidad y el autocuidado. Todo esto obstaculiza el logro de salud integral.

En cuanto a la implementación de estrategias para promover el involucramiento de los varones en la salud sexual y reproductiva, se identificaron dos miradas disímiles entre los/las agentes. Por un lado, quienes señalan que no se están llevando adelante ningún tipo de estrategias específicas con varones para lograr un mejor involucramiento, y por el otro, una informante –promotora de salud– que manifiesta desarrollar todo tipo de estrategias adecuadas a su contexto comunitario. Estas últimas incluyen charlas en las escuelas, encuentros en los momentos de ocio (canchas de futbol, actividad física en patio de escuela), consejerías en las salas de espera del centro de salud, modificación de los horarios de atención en relación con la jornada laboral, captación mediante sus parejas, etc.

En este escenario, es llamativo el acuerdo entre los/las informantes respecto a que no existen estrategias de prevención y promoción específicas para varones en materia de salud sexual y reproductiva, sino que se van delineando en el momento en que surgen las demandas;

estaríamos hablando más bien de estrategias espontáneas pero no establecidas bajo acuerdo político y técnico.

Respecto a la existencia o no de estrategias de involucramiento específico propuestas por el programa, los/las informantes manifestaron:

> No, no. Ha sido más dirigido hacia la población en general, acudiendo a que sea la participación de los dos. Pero específicamente con el varón no (Referente PNSSyPR).
>
> No mío, no ha mí, no lo he visto, no lo difundimos mucho. No es sólo que no me llegó sino que tampoco lo ejecutamos nosotros. Me parece que también puede haber un problema cultural en los que tienen que difundir ésto (Ginecólogo PNSSyPR).
>
> Estrategias en los centros de salud para atraer a los varones al centro o específico para ellos no. O es hacia la mujer o hacia el publico general (Asesora de Salud PNSSyPR).
>
> No, no, siempre fueron temas reproductivos [los tratados en las capacitaciones desde el programa a los/las agentes técnicos] (Agente Sanitaria PNSSyPR).

Lo que sucede en el escenario local no está fuera de un proceso extendido a nivel nacional e internacional. De hecho, investigaciones precedentes muestran que en distintas partes del mundo los varones han sido descuidados como sujetos de políticas y servicios de salud sexual y reproductiva. Y, en los lugares donde existen servicios pensados para ellos, se vio que éstos no tienen una aproximación holística: están dirigidos fundamentalmente a la disfunción sexual o a las infecciones de transmisión sexual (ITS) (INFESTA DOMÍNGUEZ, 2012).

La preocupación en la promoción de la salud sexual y reproductiva en varones es tardía en el programa nacional, teniendo en cuenta los años que dicha temática se viene estudiando y tratando por diversos organismos o que está presente en el debate internacional. Es decir, desde los informes y balances del programa a nivel nacional se da cuenta del hecho de haber comenzado a trabajar con la población masculina en la etapa de consolidación del programa (2010) y no antes (se implementó en el 2003).

Ahora bien, más allá de la ausencia de estrategias especificas para involucrar a los varones en un proceso responsable e informado en este campo, en los testimonios se manifiesta la necesidad de llevar adelante medidas públicas para promover la participación de estos, reconociendo que actualmente quedan excluidos del conjunto de acciones ejecutadas.

Desde los/las agentes del programa se comprende, por un lado, que el sujeto varón no es destinatario prioritario de políticas de salud sexual en San Juan y, por el otro, la importancia que reviste informarlos e involucrarlos porque se conoce el papel fundamental que cumplen en la salud de sus parejas e hijos/hijas. Se reconoce que, si bien la inclusión masculina no es actualmente una preocupación central para los equipos de salud analizados, sí pueden realizar una reflexión sobre lo hecho hasta ahora y lo que falta en este sentido.

En la misma instancia de investigación y en el desarrollo de las entrevistas realizadas se van desplegando análisis desde los/las propios/as informantes como productores/as de conocimiento; ellos y ellas se construyen a partir de lo que subjetivamente perciben. En este caso,

pudieron percibir las dificultades con las que se ha venido trabajando respecto a la atención de los varones: desde la falta de difusión hasta la problemática de contar con horarios de atención adecuados a su realidad y necesidades, pasando por una idea del trabajo sobre *género* que acerca a las mujeres pero aleja a los varones.

En este sentido los/las entrevistados/as expresan:

> Sí debo reconocer que falta mucha información, hay mucho desconocimiento, hay muchos mitos y tabú que todavía hay que seguir trabajando. Ya con el adolescente llego tarde, tengo que agarrarlo desde chiquitos como dice la ley de educación sexual integral. No puede ser que todavía llegue una chica a los 16 años pensando que con la primera relación sexual no se puede quedar embarazada o que para un chico o chica es normal que alguien venga y te toque los genitales. O sea falta información, más que información, educación (Referente PNSSyPR).

> Y hay algunos varones, son pocos pero pasa, que es la pareja, viene la pareja a buscar el método para la esposa. Y yo se lo doy. La verdad es que nunca le pregunté cómo anda, si tiene algún problema, no, nunca le pregunté sobre su intimidad, no me meto a preguntarle como si fuera la mujer, qué raro, vos fijate, me estás haciendo cuestionar... Pero no sé por qué no lo hago. No sé. Qué mal de mi parte. [...] [Sobre los motivos de la ausencia de estrategias para varones] No sé porqué... y porque también la mayoría de los centros de salud funciona en la mañana, y en la mañana es un horario en donde en general el varón está trabajando afuera. [...] No sé... Es que como el programa está planteado desde un enfoque de género en defensa de los derechos de la mujer básicamente, cómo fortalecer a la mujer para que ella misma vaya cambiando este asunto de la desigualdad con respecto al poder que ejerce los hombres en la vida (Asesora de Salud PNSSyPR).

Se comprende que las representaciones sociales acerca de qué define a un varón y una masculinidad hegemónica que dicta cómo debe comportarse respecto a su salud, estarían influyendo en las actitudes y aptitudes de los/las profesionales que trabajan en esta política de salud.

REFLEXIONES FINALES

Desde este trabajo de investigación se consideró importante analizar las miradas y estrategias en relación al género masculino en el PNSSyPR, comprendiendo que valía la pena reflexionar sobre su presencia en las políticas de salud. La ausencia de estrategias para involucrar a los varones, detectada en este estudio, nos lleva a repensar que no es casual, y que se ponen en juego patrones tradicionales de conducta para cada género presentes en el propio programa. Develarlos, ponerlos en tensión y en discusión puede colaborar en la formulación de nuevas ideas y propuestas más equitativas para el logro de una salud sexual y reproductiva en consonancia con los derechos de mujeres y varones.

El involucramiento de varones en una salud sexual y reproductiva más equitativa aún es una materia pendiente para los/las agentes técnicos/as en el marco del PNSSyPR. Se requiere de una organización institucional y de una apuesta fuerte desde la agenda política y las instituciones para trabajarlo, ya que con la sola referencia a un enfoque de género en los programas no se garantiza una equidad en salud que incorpore las voces y necesidades de varones y mujeres.

Los procesos de salud-enfermedad-atención en salud sexual y reproductiva están signados como cualquier otra práctica social por los estereotipos de género y las desigualdades imperantes. Tenerlo en cuenta en cada medida de carácter público o privado es importante y urgente.

Si bien se reconoce que existen variadas formas de vivir la masculinidad, también se considera que hay una matriz masculina para Occidente que es imperante aun en nuestros días y que está marcando las direcciones en las prácticas de salud de varones y mujeres.

Una revisión de la literatura y los aportes internacionales acerca de los varones y la reproducción deja ver que las miradas se centran casi exclusivamente en la preocupación por la influencia de los varones en la salud de las mujeres. Sin embargo, desde un análisis como el llevado a cabo por este trabajo, se reconoce que el objetivo de trazar iguales oportunidades de género en salud puede ser difícil de lograr sin un real involucramiento de los varones.

De hecho, colocar el énfasis en incorporar a los varones en las líneas de acción en cada programa llevaría de algún modo a crear condiciones en las que ellos puedan asumir más y mejores responsabilidades.

En este sentido, cabe aquí reflexionar que no se trata solamente de aumentar la participación de los varones, sino de modificar la forma en que lo hacen. Para ello, primero se necesita una toma de conciencia acerca de la importancia de involucrarlos y comprender que los varones han jugado y juegan un papel importantísimo en las relaciones de poder entre los géneros.

El análisis de género nos recuerda que debemos diseñar estrategias en este sentido, pero además, que debemos preguntarnos qué consecuencias tienen algunas de las estrategias ya desarrolladas, pues muchas de estas pueden fomentar las conductas patriarcales tradicionales y sus efectos en la salud.

REFERENCIAS

ARGENTINA. Presidencia de la Nación. Ley 25.673/2003. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. **Boletín Oficial de la República Argentina**, Buenos Aires, 22 nov. 2002.

ARGENTINA. Presidencia de la Nación. DECRETO 1282/2003. Reglamentación de la ley 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. **Boletín Oficial de la República Argentina**, Buenos Aires, 26 mayo 2003.

ARGENTINA. Ministerio de Salud Presidencia de La Nación. **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Políticas de salud sexual y salud reproductiva**: avances y desafíos: Informe de Balance 2003-2011. Buenos Aires, 2011.

ASHFORD, L. S. **¿Qué fue El Cairo? La promesa y la realidad de la Conferencia**. Recuperado de Population Reference Bureau. Recuperado de http://www.prb.org/SpanishContent/2004/QueFueElCairo.aspx. Acceso en: 03 jan. 16.

CONNELL, R. **Masculinities**. 2. ed. Cambridge: Polity Press, 1995.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Alianzas con los hombres**: un enfoque nuevo en la salud sexual y reproductiva. San Salvador, 2000. (Informe Técnico, n. 3).

GLASER, B.; STRAUSS, A. **El desarrollo de la teoría fundada**. Chicago: Aldine, 1967.

INFESTA DOMÍNGUEZ, G. Varones y servicios de salud sexual y reproductiva: la visión de autoridades de salud en Argentina. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 2, n. 2, p. 106-141, 2012.

LA PAMPA. Presidencia de la Provincia. **Ley 1363/91. Programa Provincial de Procreación Responsable**. Santa Rosa, La Pampa, 27 nov. 1991.

LOLAS, F. **Bioética y Antropología Médica**. Santiago: Mediterráneo, 2000.

MONTAÑO, S. Los derechos reproductivos de la mujer. En: INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. **Estudios Básicos de Derechos Humanos**: Tomo IV. Costa Rica, 1995.

MONTOYA, O. **Nadando contra corriente**: buscando pistas para prevenir la violencia masculina en las relaciones de pareja. Managua: Puntos de Encuentro, 1998.

NACIONES UNIDAS. **Informe**. In: LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO, El Cairo, septiembre de 1994. Nueva York, 1995.

OPPEZZI, M.; RAMÍREZ, C. Los varones en las políticas de salud: ¿cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 2, n. 2, p.142-176, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Ginebra, OMS, 1997.

PAUTASSI, L. Igualdad de derechos y desigualdad de oportunidades: Ciudadanía, derechos sociales y género en América Latina. En: HERRERA, G. (Coord.) **Las fisuras del patriarcado**: reflexiones sobre feminismo y derecho. Ecuador: Flacso, 2000.

PETRACCI, M.; RAMOS, S. (Comp.). **La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina**: aportes para comprender su historia. Buenos Aires: CEDES, 2006.

RAMOS PADILLA, M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. **Revista peruana de medicina experimental y salud pública**, Lima, v. 23, n. 3, jul./set. 2006.

SABO, D. Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. Washington (D. C.): Organización Panamericana de la Salud; Boston: Harvard Center for Population and Development Studies, 2000. (Publicación Ocasional, n. 4).

Victoria GALOVICHE
Magíster en Políticas Sociales (UNSJ). Licenciada en Sociología (UNSJ). Becaria Doctoral Cofinanciada (CONICET-UNSJ). Investigadora del Instituto de Investigaciones Socioeconómicas, da Facultad de Ciencias Sociales Universidad Nacional de San Juan, Argentina.