

- Organización Colombia Diversa. Alcaldía de Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. (2008). Informe de derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia 2006- 2007. 2008. Por una ciudad de derechos: Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas –LGBT– y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital. Alcaldía de Bogotá. Bogotá, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambios El Rumbo de la Historia. París, Francia. 181 P.
- Pinilla Y. (2009). Mujeres viviendo con VIH. De historias inexploradas a más allá de una historia. Tesis presentada como requisito parcial para optar al grado de Magistra en Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- PROFAMILIA & UNFPA. (2002). La salud reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Printex Impresores. Bogotá, Colombia. 344 P.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2003). Informe sobre desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Ediciones Mundi Prensa. Copenhague, Dinamarca. 367 P.
- Sarduy C & Alfonso, A. (2000). Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba. 302 P.
- Sarduy C (2000). Postmodernidad, género y salud. En: Sarduy C & Alfonso A. Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba. P. 261-279.
- Scott J. (2000). La querelle de las mujeres a finales del siglo XX. *New Left Review*. N. 3. Londres, Inglaterra. P. 97-116.
- Tajer D. (2000). Epílogo. p. 293-298. En: Sarduy C, y ALFONSO A. Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba.
- Viveros M. (2003). Género y salud reproductiva en Colombia. En: Franco Sl. (Editor). La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá, Colombia. P. 481-93.
- Wittig M. (2006). La categoría de sexo. En: Wittig M. El pensamiento heterosexual y otros ensayos. Editorial Egeles. Madrid, España. P. 21- 29. {1982}.
- World Health Organization (WHO). (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. París, Francia. 215 P.

La Salud Pública con perspectiva de género... apuntes para un debate sobre su fundamentación

Nora Eugenia Muñoz Franco³⁸

Introducción

En este artículo se presenta una reflexión sobre la perspectiva de género, considerando que ésta es necesaria para comprender las condiciones de salud de las poblaciones, conformadas por hombres y mujeres. Se hacen algunas anotaciones sobre la salud pública hoy, sus funciones esenciales, haciendo énfasis en la promoción porque en ella se enmarca el cuidado de sí. Se anotan algunos aportes desde

³⁸ Trabajadora Social, Magistra en Salud Colectiva y Candidata a Doctora en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Profesora Asistente del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

la perspectiva señalada, importantes para asumir los retos de la salud pública hoy, entre los cuales se mencionan categorías de análisis como identidad de género y género para explicar los procesos de salud poblacional. Se finaliza cuestionando los discursos y las prácticas de la salud pública como saber instituido, indicando elementos fundamentales desde la perspectiva de género.

El artículo propone la reflexión sobre **la perspectiva de género**, como enfoque teórico de gran importancia en la producción de conocimiento y en las intervenciones que se llevan a cabo en el área de la salud pública.

Se considera tal perspectiva, porque la complejidad de las reflexiones sobre los temas de salud en la contemporaneidad, exige un profundo cuestionamiento de los impedimentos culturales para el **cuidado de sí** en hombres y mujeres, asociados a la **identidad de género**. Se resalta que, en los primeros, los procesos de socialización se basan en la demostración permanente de la virilidad y el coraje, asuntos que conllevan elevados costos sociales y una disminución en años potenciales de vida, que pueden ser clave para la investigación y el desarrollo exitoso de los programas de salud.

Se finaliza puntualizando la necesidad de iniciativas en las que se profundicen pautas de trabajo con perspectiva de género, para que esta sea realmente útil como enfoque mediante el cual se contribuya a comprender y dimensionar las proyecciones de la salud pública hoy, como campo de conocimiento y como praxis social.

Acerca de la salud pública hoy

La globalización se hace evidente en diversos procesos que interconectan a los y las ciudadanas de una manera vertiginosa. Frenk (2007) afirma que el número de viajeros internacionales asciende a tres millones de personas diariamente, que los mercados financieros mueven alrededor de dos mil millones de dólares al día y que ya hay más de mil millones de usuarios de la Internet. Sin duda el rumbo de los acontecimientos en el orden mundial, invita a no desdeñar sus implicaciones para las condiciones salud de nuestras poblaciones y para los sistemas de atención.

El modelo económico que se ha expandido aceleradamente en las sociedades occidentales, también ha conllevado lógicas de funcionamiento que minimizan, en la mayoría de los casos, las responsabilidades de los Estados con sus ciudadanos y ciudadanas; ha creado condiciones de exclusión que vulneran el acceso a los derechos humanos y, por tanto, las garantías para su efectiva realización (Arredondo, L, 2002). Según palabras de Franco (2010), “las actuales condiciones de globalización en el mundo generan cada vez más exclusión social e impiden la aplicación de los derechos sociales”.

Tal es el caso de la flexibilización laboral, la escasez del recurso destinado al área social, el aumento del hambre y la pobreza en el mundo, la concentración del capital financiero en ciertos grupos de interés económico, entre muchos otros asuntos, que vulneran

los derechos de grandes sectores de ciudadanos y ciudadanas, acrecentando la injusticia y la desigualdad social a escala global. Al respecto Franco (2010) afirma que:

“...las consecuencias más directas de la globalización sobre la población son cada vez mayores e injustas: se acrecientan las desigualdades y las inequidades; se sustraen capitales del área social, que van a parar al capital financiero en razón de las políticas macroeconómicas; aumentan la pobreza y el hambre en el mundo; se reduce el empleo y se rompen las relaciones de trabajo... todas estas son situaciones que confluyen en la exclusión social” (Franco, 2010).

Con todo lo anterior, sin duda la globalización conlleva la transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud, asumida ésta desde su carácter multicausal, como parte del ciclo vital, y altamente influida por el contexto sociocultural, económico y político, que demarca sus condiciones de posibilidad. De hecho, su potencia y su real capacidad de realización, se construyen mediante las interacciones humanas, lo que significa tener presente 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 en el mundo.

Bajo este complejo panorama, del cual solo se presenta un ligero esbozo, es necesario que la salud pública se reflexione hoy, en su tarea de contribuir al bienestar humano mediante desarrollos investigativos y acciones pertinentes para el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en las cuales interviene.

En razón del género y del cuidado de la salud por ejemplo, desde la segunda mitad del siglo XX hasta hoy, y pasando por la formulación de la estrategia de atención primaria en la Declaración de Alma Ata (Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud, 1978), hasta la Conferencia Internacional sobre Promoción celebrada en Ottawa (Primera Conferencia sobre Promoción de la Salud, 1986), se han definido lineamientos de educación y participación de los individuos en la cualificación de sus estilos de vida bajo parámetros de lo considerado “saludable”, así como la adquisición de hábitos y conductas que fomenten el cuidado (Primera Conferencia sobre Promoción de la Salud, 1986). Cómo puede verse, ha sido creciente el interés por desarrollar acciones conducentes al logro del cuidado de la salud. Sin embargo, no ha habido un direccionamiento de acciones apuntaladas en el reconocimiento de los hombres y de las mujeres, desde su condición de sujetos generizados, sobre todo en lo referido a los varones.

Lo anterior supone grandes desafíos que exigen a la salud pública la revisión de las categorías y los enfoques que estructuran su ejercicio científico y profesional, más aún cuando su carácter transdisciplinar (Frías, 2000; González, 2007 & Franco, 2006) hace que en ella converjan diferentes campos del saber —ciencias políticas, historia,

economía, sociología, entre otras— que le aportan, teórica y metodológicamente (Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud, 1978) elementos para explicar las complejas realidades en torno a la salud y el cuidado de ésta, en razón del género.

La vida de hombres y mujeres está transversalizada por múltiples factores que plantean retos a la salud pública para el despliegue de su quehacer especializado. Se alude en este sentido a la capacidad de explicar, en perspectiva de totalidad, los temas referidos a la salud de las colectividades y la pertinencia de sus propuestas de intervención. Estos planteamientos apuntan a problematizar los medios teórico-metodológicos de los cuales se vale ésta para la aprehensión de su objeto, en por lo menos dos direcciones:

En primer lugar, la construcción de conocimiento que permita avances significativos en esta área disciplinar, con respecto a la comprensión y explicación de los temas de salud en los diferentes grupos poblacionales, con características generacionales específicas y conformados por hombres y mujeres, quienes son sujetos de sus intervenciones. Y segundo, los procesos de intervención propiamente dichos, mediante los cuales se participa en la transformación de las condiciones de salud en el escenario colectivo, desde esta área disciplinar y profesional.

Lo anterior exige dar un “giro en la mirada” hacia enfoques teóricos que contribuyan a la comprensión del objeto de la salud pública, y considerar como uno de los centros de su interés aquella capacidad instalada en los colectivos de hombres y mujeres para el cuidado de su salud. A través de ello se pueden direccionar acciones desde una de sus funciones esenciales³⁹, referida a la promoción.

En este sentido se propone **la perspectiva de género**, por ser un enfoque teórico que permite identificar y comprender la dimensión sociocultural⁴⁰ y política que condiciona la salud y su cuidado en hombres y mujeres, de acuerdo con las formas de organización de la sociedad.

39 Se definen como funciones esenciales de la salud pública el monitoreo de la situación de salud, la vigilancia epidemiológica, la participación social y la intersectorialidad, la planeación estratégica en salud pública, la regulación y la fiscalización, garantía de acceso a la atención en salud, evaluación de eficacia, acceso y calidad de los servicios de salud, el desarrollo de la investigación, la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud y **la promoción de la salud y empoderamiento de la gente**. Para ampliar ver: Muñoz, Fernando y otros. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. En: *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2000; 8(1/2): 126-134.

40 De acuerdo con Clifford Geertz (2000) “*Uno de los modos más útiles —pero desde luego no el único— de distinguir entre cultura y sistema social es considerar la primera como un sistema ordenado de significaciones y de símbolos en cuyos términos tiene lugar la integración social, y considerar el sistema social como la estructura de la interacción social misma*”. Es difícil establecer los límites entre ambas dimensiones en la vida práctica. Estas son separables conceptualmente, pero cultura y sistema social participan activamente en la construcción de los sujetos generizados.

Por una salud pública con perspectiva de género

La perspectiva de género, también llamada enfoque de género, es una visión explicativa y alternativa de lo que acontece en el orden de los géneros. Tiene como punto de partida el feminismo contemporáneo y se basa en la teoría de género, entendida como visión filosófica y de la historia, y como paradigma ético fundamentado en el pensamiento crítico (Benhabib S, 1990). Permite enfocar y comprender las características que definen a mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y sus *diferencias, esenciales para encauzar la acción desde la salud pública*. Desde ella se analizan las *posibilidades vitales* de unas y otros, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros; también los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar, y las múltiples maneras en que lo hacen (Benhabib S, 1990).

La perspectiva de género, en su sentido crítico (Tajer, 2009), permite:

“identificar el peso de la vida cotidiana, los ideales de género, las expectativas familiares, el uso del tiempo libre, las vicisitudes de las relaciones afectivas, incluyendo las relaciones de poder en lo íntimo, y las dificultades o facilidades en la articulación de las diversas esferas de la vida, y también, los costos en salud del sostenimiento de la hegemonía, tanto para quienes la ejercen como para quienes la padecen” (Tajer, 2009).

De acuerdo con el planteamiento anterior, **el elemento crítico** en la mirada a la salud pública desde el género, se asume como un método analítico y autorreflexivo, teóricamente sustentado, de crítica de ideologías y prácticas convencionales en salud, incluyendo la vida cotidiana, los sistemas políticos y el método científico. El pensamiento crítico en los estudios de género, se preocupa por los valores humanistas, por las condiciones de los seres humanos y las de su conocimiento del mundo social, desafía las relaciones de poder, busca alternativas más significativas que las formas tradicionales de conocer y vivir en el mundo de hoy. En el corazón del pensamiento crítico está la creencia en las posibilidades y en la necesidad de construir futuros mejores y diferentes al que se nos impone (Cebotarev, 2003).

Desde una perspectiva crítica, entender las lógicas y las racionalidades masculinas y femeninas con respecto al cuidado de la salud es un interés intelectual, social y político en la contemporaneidad, particularmente si se considera que la superación de las desventajas de género, depende de la equidad en el acceso a los recursos (tecnológicos, financieros, científicos) y de las oportunidades para que el desarrollo de ambos sexos sea posible. Ellos y ellas deben participar conscientemente, en condiciones de igualdad social y política, y con reconocimiento de la pluralidad y de la diferencia, en decisiones y acciones dirigidas al bienestar colectivo y al mantenimiento de la salud.

Se busca entonces que, mediante una mirada crítica desde la salud pública, se problematicen sus formas tradicionales de construcción de conocimiento, se identifiquen categorías como el género, que reviertan en la resignificación de esta área disciplinar, de acuerdo con la incertidumbre que caracteriza el mundo contemporáneo. Se propone incorporar esta categoría como un elemento estructurante de los análisis correspondientes a los temas de salud pública y, por consiguiente, a las condiciones de vida de las poblaciones hoy. Esto viabiliza la realización de políticas e intervenciones incluyentes y saludables para hombres y mujeres.

Los aportes que una perspectiva de género puede ofrecer a la salud pública se ubican en diferentes dimensiones, entre ellas:

1. La dimensión **epistemológica**: por cuanto conlleva la comprensión de su objeto, en tanto contribuye a explicar las condiciones de salud y las maneras de enfermar y morir en hombres y mujeres, de acuerdo con las diferencias de género.
2. La dimensión **ético-política**: porque posibilita la comprensión de las inequidades en salud asociadas a las diferencias genéricas, instaladas en las formas de organización de la sociedad, aportando a la explicación de las consecuencias que estas tienen para la salud. En esta perspectiva, se introducen categorías de análisis como cuidado de sí, sujeto genérico, identidad genérica, identidad sexual, sexo y género, entre otras, que dinamizan el debate actual en torno a la justicia social y la equidad.
3. La dimensión **metodológica**: que conlleva la cualificación de las intervenciones desde la salud pública y, por consiguiente, su método, sus modelos y el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas en esta área.
4. La dimensión **contextual**: en la que se ubica la comprensión de los elementos sociopolíticos, culturales y económicos que condicionan la salud y el bienestar colectivo, objetivo fundamental de esta área del conocimiento.
5. La dimensión **ontológica**: que necesariamente implica una concepción de los sujetos como aquellos participantes activos en sus propios procesos de salud, lo que conlleva la identificación de la capacidad instalada en hombres y mujeres para el cuidado de sí, según sus aprendizajes de género.

Se considera en este sentido que el cuidado de la salud es un elemento consustancial a la promoción como una de las funciones esenciales de la salud pública. Hoy no puede perderse de vista que lo masculino y lo femenino condiciona las formas de cuidado de sí en el ámbito de la salud (De Keijzer, 2006). Es necesario comprender el **cuidado de sí** como construcción social referida al desarrollo de una actitud relacional en los sujetos. Es decir, se hace alusión a las formas de relación de los sujetos

con su cuerpo, con su entorno y con los otros en el escenario social, en tanto éste direcciona los comportamientos, las conductas, las actividades cotidianas y las prácticas sociales que proporcionan una buena salud (Muñoz, 2006).

Cuando relacionamos las prácticas de cuidado de sí con la promoción de la salud, estamos despertando un comportamiento ético por la vida, por la adopción de la responsabilidad y la preocupación de cómo vivir (Silva IJ et al. 2009), en la medida en que cuidar de sí, crea conciencia para tener una relación saludable consigo mismo, con los otros y con el entorno en el cual se desarrolla nuestra vida diaria y en el cual se llevan a cabo nuestros procesos identitarios.

Identidad de género y cuidado de sí en el ámbito de la salud

El tema de la identidad ha cobrado fuerza en la contemporaneidad, impulsado por los cambios socioculturales, económicos y políticos que caracterizan el mundo de hoy y que han implicado transformaciones en la construcción del sentido y la significación que tanto hombres como mujeres tienen de sí mismos (Cabral & García, 2005).

Fenómenos como las movilizaciones de minorías y grupos excluidos (feminista, de mujeres, comunidad LGBTI, entre otros), han tenido influencia incuestionable en el orden social, debido a que estos han cuestionado las estructuras tradicionales que determinan la identidad como una categoría hermética, cerrada y totalmente alejada de las realidades socioculturales y políticas que existen en el mundo de hoy. En tal sentido, Cabral y García (2005) afirman:

“Cuando el mundo cambia rápidamente y, hombres y mujeres nos debatimos tensionalmente entre la globalización, la fragmentación cultural y el surgimiento de distintas formas de individualismo como rasgos que parecen signar el escenario de estos tiempos postmodernos, la indagación sobre la Identidad cobra relevancia en la tarea de repensar los procesos de subjetivación y comprender las transformaciones de la identidad genérica, por lo que resulta imprescindible, a la hora actual, estudiar las formas en que se construye el sentido y la significación socio-simbólica que hombres y mujeres tienen de sí mismos/as como percepción fundante de su personalidad en interacción con la cultura” (Cabral & García, 2005).

Según lo anterior, y de acuerdo con (Lagarde, 1993), la identidad se refiere a la experiencia del sujeto en torno a su ser y su existir, tiene relación directa con el conjunto de representaciones que se tienen de sí mismo (mismidad) y de los otros (otredad), que se despliega en un sistema de creencias, estereotipos, valores, imágenes, roles, nociones e ideas que se interiorizan en la vivencia y la experiencia cotidiana, lo que explica los tipos de prácticas que se desarrollan en los procesos de interacción con otros seres humanos (hombres o mujeres).

Lo planteado induce a pensar que las prácticas de cuidado de sí están condicionadas por los aprendizajes de género que, para el caso de los hombres, tienen que ver con una socialización tendiente a la competencia, la fuerza y la temeridad, y a considerar que “*una actitud cuidadosa y preventiva no es masculina* (De Keijzer, 2003). Podría decirse, de acuerdo con De Keijzer (2003), que el cuidado de sí y la valoración del cuerpo en el sentido de la salud es algo casi inusual en la socialización de los hombres, contrario a las mujeres, para quienes cuidar⁴¹ y cuidarse es fundamental.

Estos procesos de socialización parecen permear también los discursos y las prácticas de la salud pública, en términos de que ha habido poco interés⁴² por indagar alrededor del cuidado de sí y la identidad masculina, y de cómo el género influye en los problemas de salud de los varones. Se han privilegiado estudios que dan relevancia a las condiciones de subordinación de las mujeres. Según Tajer (2009), de esta manera:

“hemos asistido a una valoración de los espacios de construcción de vulnerabilidad masculina reducidos fundamentalmente a la esfera del trabajo y el “estrés laboral”. Con esta esfera se ha identificado, y naturalizado, la construcción imaginaria de la masculinidad social de la modernidad, que no ha sido leída como un espacio de acumulación y confrontación de poder, con sus costos específicos para la salud”.

Es necesario pensar las formas cómo se construye la identidad de género, que para el caso masculino se instala en la zona del privilegio, de la razón y de la naturalización de la dominación y del monopolio del poder, para determinar el rumbo del mundo. Los procesos identitarios masculinos, tienen lugar en medio de una profunda asimetría relacional entre hombres y mujeres en el intercambio simbólico, en las relaciones de producción y de reproducción social (Bourdieu, 2000), cuyo dispositivo central según Bourdieu, es el mercado matrimonial, y que constituye el fundamento de todo orden social.

En estos procesos identitarios se asimilan y reelaboran representaciones que determinan conductas, formas de asumir el mundo y formas de relacionamiento con los otros, consigo mismo y con el cuerpo, elementos esenciales para identificar las actitudes y las prácticas incorporadas por los sujetos para el cuidado o el descuido de su salud. La experiencia de vida juega un papel fundamental, y para el caso mas-

41 Se entiende el cuidar como un proceso en que se procura el bienestar del otro, su protección o el mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial. En la enfermería, el cuidado constituye su objeto.

42 Si bien se han realizado estudios sobre la salud en varones, estos aún no son suficientes. Entre los autores que vienen trabajando esta área en los estudios de género, pueden mencionarse Kaufmann (1989), Bonino (1989), Menéndez (1990), De Keijzer 1998), Valdés y Olavarría (1998), Huerta (1999), Garduño (2001), entre otros.

culino, los códigos culturalmente legitimados inhiben, reprimen o desatan una serie de acciones que pueden conducir a la pérdida de la salud.

Figuroa (2007) afirma que los aprendizajes de género legitiman la violencia que ejercen los hombres, no solo contra mujeres o contra otros hombres, sino contra sí mismos, por lo que discursos instituidos como el de la salud pública, están llamados a cuestionar estas prácticas. Para pensar en clave del cuidado de sí en la salud masculina desde la salud pública, es necesario iniciar reflexiones sobre cómo se ha configurado este en el terreno sociocultural y sobre cómo la salud pública ha potenciado u obstaculizado tal cuidado a través de sus prácticas discursivas.

Reflexiones finales

En escenarios cada vez más complejos de la realidad social hoy, saberes hegemónicos como la salud pública están llamados a cuestionar la asertividad de sus respuestas a las necesidades de salud de las poblaciones sujetas de su intervención y sobre las cuales desarrolla sus procesos de producción de conocimiento.

En cuanto a la población masculina, sería conveniente indagar por la posible invisibilización de los hombres en sus prácticas discursivas y, por consiguiente, el no abordaje de acciones que impliquen cuidado de sí, porque tradicionalmente ha sido un asunto feminizado, lo que conduce, a su vez, a pensar que las prácticas discursivas de la salud pública, pueden estar reforzando estereotipos propios de la masculinidad hegemónica. Frente a estos asuntos se requieren mayores niveles de investigación.

De acuerdo con autores como De Keijzer (2003), Connell (2003), y Figuroa (2007) cuando afirma que el cuidado de la salud como derecho, ubica la discusión en el plano del discurso y el significado de la identidad de género, es fundamental develar 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 y a las mujeres como sujetos generizados.

Reconocer a los hombres como sujetos generizados, permite a su vez ubicarlos en su dimensión histórica y entender sus formas de relacionamiento, altamente influidas por sus aprendizajes socioculturales y por las condiciones que estos contextos les impone. Ser hombre o ser mujer incluye 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. Entender las lógicas de construcción sociocultural de la subjetividad, de acuerdo con el género, implica para discursos instituidos como la salud pública, direccionar de manera oportuna y pertinente, políticas que procuren el bienestar tanto de hombres como de mujeres, en respuesta a la equidad como valor insoslayable de la salud pública.

Las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres, sustentadas en relaciones de poder, de dominación de los hombres sobre las mujeres, son relaciones que también han costado a los mismos hombres, por lo que el privilegio también tiene sus costos (sociales, económicos, emocionales). “El proceso relacional se irá modificando en la medida en que los participantes en la relación accedan a posiciones nuevas, lo que puede ser promovido por otros sujetos con los que se mantiene una relación de pares: familiares, discursos institucionalizados, la posición en el desempeño laboral, entre otros” (Ramírez, 2005).

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 conciencia social para transformaciones en torno al cuidado de la salud. Asimismo, se requiere avanzar en la comprensión de cómo los discursos instituidos en salud han contribuido a la perpetuación de roles y posiciones de género tradicionales.

Desde la perspectiva de la salud pública, es necesario concretar la reflexión sobre las miradas que se han tenido 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 ver y a evaluar las realidades, el mundo, las personas y sus procesos, de una manera distinta a la convencional. En esta medida cobra pertinencia la perspectiva de género, porque conlleva el reconocimiento y la comprensión de los discursos y las prácticas de la salud pública en clave de su influencia en el cuidado de sí en la salud masculina.

Las afirmaciones de De Keijzer (2003), al igual que las de autores como Figueroa (2007) en torno al autocuidado y Conell (2003), con respecto a los discursos y la estructuración genérica de la práctica, llevan a pensar que en la salud pública se debería contribuir al fomento de prácticas de cuidado en todos los sujetos (hombres y mujeres). Sin embargo, se desdibuja a los varones como sujetos genéricos, en la medida en que no explicita con mucha claridad acciones dirigidas a ellos específicamente.

Es necesario avanzar en el desvelamiento de otras maneras de ver el mundo, de comprenderlo, para poder entender y cambiar las lógicas de poder que emanan de las relaciones de género. No en vano Bourdieu (2000), afirma que “para que haya un cambio simbólico en el mundo o una revolución a este nivel, es fundamental transformar las interpretaciones del mundo, es decir, los principios según los cuales se ve y se divide el mundo social y natural” (Bourdieu, 2000). Por ello, es necesario desarticular la violencia simbólica que ejerce el hombre sobre la mujer, la discriminación y las relaciones asimétricas que estructuran la organización de la sociedad.

En este mismo sentido, Castro (2004), invita a romper con las miradas tradicionales que se dan a los problemas y temas de la salud pública, indicando que es necesaria una “mediación que conlleve comprender de manera compleja el mundo empírico, poder problematizarlo, reflexionarlo y explicarlo” (Castro, 2004).

Bibliografía

- Arredondo LA & Recaman M. (2002). Oferta vs demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. *Rev. Hitos de Ciencias Económico-administrativas*. 20: 42-47.
- Benhabib S D. (1990). *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia: Alfons el Magnánim.9-28.
- Bourdieu P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama: 59.
- Cabral BE. & García C. (05 de enero de 2005). <http://www.saber.ula.ve/>. Recuperado el 28 de mayo de 2011, de <http://www.saber.ula.ve/>: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16351/1/masculino-femenino.pdf>.
- Castro R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas: tres estudios sociológicos*. México: Universidad Autónoma de México. p. 35-78.
- Cebotarev EA. (2003). El enfoque crítico, una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. *Rev. Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*.1;1:1-27.
- Connell RW. (1997). La organización social de la masculinidad. *Masculinidad/es. Poder y crisis* (págs. 31-48). Santiago de Chile: ISIS-FLACSO Ediciones de mujeres:31-48.
- De Keijzer B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En C. M. Cáceres C. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida.137-152.
- De Keijzer B. (2006). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *Rev. Internacional de Estudios sobre masculinidades La Manzana*.1;1:59-88.
- Declaración de Alma-Ata (1978). Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud. (1978 septiembre 12). Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud: 1-6. Alma-Ata.
- Figuroa PJG. (2007). El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿Un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes? *Rev. "COEDUCANDO"*, N° 1: 77-97.
- Franco GA. (2010). *Salud global, política pública, derechos sociales y globalidad*. Medellín: Universidad de Antioquia:7.
- Franco GA. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 24;2:119-130.
- Frenk J. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Rev. Salud Pública*.49;2:156-164.
- Frías OA. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Elsevier Masson: 71-77.
- González ER. (2007). La salud pública como campo transdisciplinar. *Rev Fac Nac Salud Pública*.25;1:71-77.
- Lagarde M. (4 de agosto de 1993). *Identidad genérica y feminismo*. Memorias XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas. Ciudad de México.
- Muñoz FNE. (2006). <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>. Recuperado el 25 de septiembre de 2010, de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>:<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/166/1/RepresentacionesCuidadoAdultosJovenes.pdf>
- Primera Conferencia sobre Promoción de la Salud. (1986, Noviembre 17-21). Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Ottawa: 367-372.

Ramírez JC. (2005). *Madeiras entreveradas. Violencia, masculinidad y poder. Varones que ejercen violencia contra sus parejas*. México: Plaza y Valdés Editores.

Silva IJ. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado do enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*; 43(3):697-703.

Tajer D. (2009). *Heridos corazones, vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós:18.

Protocolo No. 1 Intersección de las categorías de género y Salud Pública

Claudia Patricia Valencia Molina⁴³; Nora Eugenia Muñoz Franco⁴⁴ John Harold Estrada Montoya⁴⁵.

La reflexión teórica en la primera parte de la sesión, se realizó a partir de las presentaciones del artículo: “La salud pública con perspectiva de género... apuntes para un debate sobre su fundamentación”, por la profesora Nora Eugenia Muñoz y la exposición magistral sobre “Género y salud desde los desarrollos de la salud colectiva (Genero, salud, equidad y política sanitaria)”, realizada por la doctora Amparo Hernández de la Universidad Nacional.

Los ejes centrales sobre los cuales giró la sesión fueron:

- El estudio del género desde sus dimensiones: epistemológica, ético-política, contextual y ontológica. En este sentido, la perspectiva de género debe llevar a recrear las formas de generar conocimiento y desarrollar las intervenciones en salud. Se plantean cuestionamientos que tal perspectiva hace a la salud pública en las dimensiones mencionadas.
- La evolución de género desde su génesis y como categoría de análisis. Como un elemento central en la discusión de la salud hoy. Se plantea el reconocimiento de esta categoría desde su dimensión analítica pero también política. En este sentido, conlleva subvertir las formas de desarrollar procesos de intervención y de generación de políticas públicas en salud.
- Las construcciones sociales que definen el cuidado de sí en los hombres y mujeres. Este elemento del cuidado de sí, conlleva la necesidad de reconocer tanto a hombres como a mujeres como sujetos generizados, que están

⁴³ Profesora Facultad de Salud. Universidad del Valle. Estudiante de Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

⁴⁴ Trabajadora Social, Magistra en Salud Colectiva y Candidata a Doctora en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Profesora Asistente del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia..

⁴⁵ Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia. PhD. Salud Pública.