



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: La concepción de masculinidad de varones en edad productiva en el proceso de construcción de demandas en salud

Autores (en el caso de tesistas y directores):

María Clara Fariña

María Laura Fernández Vecchio, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2016

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
AREA DE INVESTIGACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN**

**“LA CONCEPCIÓN DE MASCULINIDAD
DE VARONES EN EDAD PRODUCTIVA
EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN
DE DEMANDAS EN SALUD”
Trabajo de Investigación Final**

**AUTORA: María Clara Fariña
DNI 34843566
clari.aniraf89@gmail.com**

**Tutor Temático: María Laura Fernández Vecchio
mlaurafer@gmail.com**

Taller IV: 2014 María Benavidez

Fecha de presentación: Junio 2016

RESUMEN

TITULO: *“La concepción de Masculinidad en varones en edad productiva en el proceso de construcción de demandas en Salud”*

AUTORA: FARIÑA, María Clara

MAIL: Clari.aniraf89mail.com

FECHA DE PRESENTACIÓN: 2 de Junio de 2016

PALABRAS CLAVE: masculinidades - cuidados - Servicio Social - vulnerabilidad social

El proceso de construcción de demandas en los servicios sociales del sistema público de salud adquiere características particulares cuando se trata de varones en edad productiva. Este proceso debe incorporar las percepciones de los propios sujetos demandantes de forma tal que los incluya como actores protagonistas de su propia salud. En este sentido, los varones en edad productiva atraviesan singularidades que, caracterizadas por su propia concepción de la masculinidad, los cuidados, la salud y el Sistema de Salud en general, los coloca en una actitud particular al momento de la intervención profesional del Trabajo Social. En esta investigación se ha tratado de analizar la relación existente entre las situaciones de vulnerabilidad atravesadas por varones en edad productiva, su propia concepción de masculinidad y el proceso de construcción de demandas a los Servicios Sociales del sistema público de salud. Se ha considerado también la incidencia en el proceso de las Políticas Publicas y el Modelo Médico Hegemónico. Se ha trabajado con una perspectiva metodológica cualitativa, con insumos primarios y secundarios, a los fines de dar cuenta del hecho social en su conjunto. Finalmente, con esta investigación se ha podido dar cuenta de la fuerte incidencia de las estructuras de generos en las prácticas cotidianas de los sujetos y de las Políticas Públicas relacionadas con la Salud. Así también, como de la importancia de las redes de contención familiar y social al momento de la intervención profesional con los varones en edad productiva.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO	4
Objetivos:.....	7
GENERAL:	7
ESPECÍFICOS:	7
Metodología	8
Unidad de Análisis:	8
Historia de la investigación:.....	9
1. Capítulo 1: LA VULNERABILIDAD SOCIAL	11
1.1 Macho el que trabaja: la variable trabajo remunerado	12
1.2 “Los afectos son para los débiles”: vínculos familiares y sociales	16
2. Capítulo 2: CONCEPCIONES DE GÉNEROS EN VARONES EN EDAD PRODUCTIVA.....	21
2.1 Masculinidades	24
2.1.1 Ser Varón	26
2.1.2 Las Familias y la Heteronormatividad de géneros	29
2.1.3 Políticas Sociales de Salud para Varones.....	33
3. Capítulo 3: SERVICIOS SOCIALES: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.....	38
3.1 Construcción de demandas: actores intervinientes y dialéctica de las percepciones	38
3.1.1 El varón: posiciones y actitudes en el proceso de construcción de la propia demanda	42
3.1.2 Los Profesionales: preinterpretaciones y derivaciones	45
3.1.3 Las instituciones y las Políticas Sociales de Salud incidencias en el proceso de construcción de demandas.....	49
3.1.3.a Modelo Médico Hegemónico e Intervención Profesional: el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de los varones en edad productiva.	50
APRECIACIONES FINALES	56
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXO	65

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

El presente Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires aborda la construcción de demandas a los Servicios Sociales del Sistema Público de Salud por parte de los varones en edad productiva, es decir de entre 18 y 65 años.

El mismo, surge de las prácticas pre-profesionales realizadas en dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno De la Ciudad de Buenos Aires en los años 2010 y 2014.

A lo largo de las prácticas en éstas instituciones se visualizo que en las salas de espera y, particularmente en el consultorio del Servicio Social la mayoría de las presentes eran mujeres. Asimismo, consultando con los registros de los profesionales del Servicio Social se concluyó que los varones asisten en un número mucho menor.

Los varones asistentes, en esos casos, presentaban características particulares que se diferenciaban de las de las mujeres asistentes. Presentaban, también, un desenvolvimiento singular ante la intervención profesional, caracterizándo, así, el proceso de la construcción conjunta de demandas.

Tomando ésta observación de las prácticas pre-profesionales surgieron diversos interrogantes concernientes a ésta particularidad de los varones en edad productiva y los Servicios Sociales: ¿Por qué no asisten los varones a los Servicios Sociales aún cuando atraviesan situaciones de vulnerabilidad social?, ¿se debe a dificultades económicas o laborales?, ¿a la ausencia de Políticas Sociales específicas?, ¿qué relación tendrá con los mandatos sociales impuestos por los modelos de masculinidad?, ¿Qué sucede con la noción de cuidados que determina ésta diferencia entre varones y mujeres?

El presente trabajo aborda la particularidad de la construcción de demandas en varones en edad productiva recortado en el Sistema de Salud público, teniendo como andamio los interrogantes surgidos de la práctica. Al pensar en demandas indefectiblemente se debe pensar en la institución que la recibirá, los profesionales que intervendrán y los sujetos demandantes en si mismos. Por lo que, tener en cuenta una

concepción de Salud particular y las instituciones incidentes en los imaginarios y conceptos que circundan la construcción de demandas, también es fundamental.

También, se debe comenzar por pensar que la construcción de demandas tiene de fondo construcciones sociales, imaginarios sociales, conceptos teóricos que se ponen en juego junto con los sentimientos de los sujetos y su vida cotidiana.

La Salud es un término que ha sido debatido desde distintas perspectivas, distintos aspectos a lo largo de la historia de la humanidad. Ha sido conceptualizada como un deber, como un aspecto de la vida de cada sujeto, como una necesidad y finalmente como un derecho.

Por su parte la intervención en lo social, comienza a tener relevancia con las políticas hacia las familias, característica de principios del siglo XX. Considerando a la familia como la célula principal de sociabilización, donde se aprenden hábitos de sociabilidad que permitirán luego la incorporación de los sujetos al sistema laboral, se estableció un proceso de intervención organicista diferencial hacia la mujer y hacia el varón que permitía favorecer a la producción y la reproducción de los sujetos.

En la segunda mitad del siglo XX, todas estas visiones confluyen en que existe una relación entre lo biológico y lo social, generando nuevos conocimientos y perspectivas de abordaje. En 1978 la Declaración de Alma-Ata de la OMS, la OPS y UNICEF estableció que la Salud *“es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.”* Esta definición de Salud desde una perspectiva integral ha permitido incorporar diversos abordajes que superan lo biológico. Incorpora a la concepción de salud las desigualdades sociales y da una importante relevancia a las intervenciones estatales en la mejora de la calidad de vida de la población.

Prácticas, intervenciones, normativas, mandatos, entre otras cosas, irán moldeando las formas en que los grupos sociales se desenvuelven y por lo tanto, se enferman. La calidad de vida cobra importancia en la intervención social en este campo

en la segunda mitad del siglo XX. El reconocimiento de los Derechos de los sujetos logra incorporar prácticas profesionales integrales, democráticas e inclusivas, avalados por la Declaración de Alma-Ata, la cual funda la importancia de la Atención Primaria de la Salud como estrategia para la mejora de la Salud de los pueblos. Y propone, entre otras cosas, el fomento de la participación de la población en la promoción y protección de salud, lo cual contribuye a una mejor calidad de vida y obliga a los Estados adherentes a que provean de medidas sanitarias y sociales que lo garanticen.

Por su parte, la medicina social o salud colectiva ha tenido sus debates internos generalizando el reconocimiento de que bajo ésta definición de salud, *“el proceso de salud-enfermedad guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta; que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales.”* (Laurell, 1994: 1). En esta perspectiva de abordaje de la Salud, lo relacionado con lo social de la intervención cobra vital importancia. Las desigualdades en los estados de salud de las personas se transforman en un pilar fundamental, al menos teóricamente, de los objetivos de las intervenciones estatales en ésta temática.

Al incorporar en la intervención la perspectiva del proceso de salud-enfermedad como aquel que permite dar cuenta de que en la Salud no es ahistórica si no que se le atraviesan determinantes externos que la moldean, caracterizan, modifican, etc., entran en juego las relaciones sociales que caracterizan a los grupos sociales y por lo tanto, las Ciencias Sociales.

En la actualidad los debates acerca de la Salud evidencian que el modelo patriarcal incide en los efectos que producen las asimetrías de género en la salud. Se ha ido incorporando la idea de que los problemas de salud no se distribuyen de forma azarosa entre las personas sino que tiene un correlato directo con las condiciones sociales, económicas y de vida de los sujetos (Benlloch, 2003). Razón por la cual es primordial pensar en una intervención en Salud desde una perspectiva integral e interdisciplinaria, que permita al abordaje de las desigualdades fomentando la equidad entre los y las sujetos de nuestra sociedad.

Es por esto, y desde esta potura integral de la Salud, que se considera de importancia la elaboración de investigaciones que puedan dar cuenta de las

desigualdades y asimetrías de género, sus efectos en la salud de la población y su relación con otros aspectos sociales, culturales, económicos y políticos. Comprender las características que adquieren los diversos grupos sociales, sus prácticas en salud, sus propias construcciones y apreciaciones, permitirá la elaboración de Políticas Públicas acordes a las realidades y fundamentalmente integrales. Este trabajo pretende funcionar como herramienta para el análisis de las políticas de salud actuales y en particular de las apuntadas a varones en edad productiva, desde una perspectiva social del género.

Como sistematización de los datos obtenidos se ha desarrollado en el Capítulo 1, la temática planteada desde una perspectiva descriptiva acerca de las principales situaciones sociales que atraviesan los varones estudiados. Se tiene en cuenta la postura de que, los mismos, atraviesan situaciones de vulnerabilidad, estudiada en base a dos variables de análisis: el trabajo remunerado y los vínculos familiares y sociales. En el Capítulo 2 se aborda la relación existente entre el género y el Modelo Masculino Hegemónico y los procesos de cuidados al interior de la familia como trasfondo de la noción construída de Salud. Por último, en el Capítulo 3 se aborda específicamente el proceso de construcción de demandas de los varones en edad productiva al Servicio Social. Teniendo en cuenta que la misma es una construcción conjunta entre diversos actores dentro de un marco general de intervención en este campo: el proceso de Salud-enfermedad-atención-cuidados, en el cual el Modelo Médico Hegemónico es un componente importante.

OBJETIVOS:

En base a lo planteado se proponen los siguientes objetivos:

GENERAL:

Analizar las posibles relaciones de las condiciones de vulnerabilidad social y la propia concepción de masculinidad de los varones que han asistido a Servicios Sociales del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires con respecto a la construcción de una demanda a los mismos.

ESPECÍFICOS:

1. Indagar acerca de la relación entre la situación de vulnerabilidad atravesada por los varones y el proceso de elaboración de una demanda a los Servicios Sociales.

2. Indagar acerca de la relación entre la propia concepción de masculinidad y la elaboración de una demanda concreta a los Servicios Sociales.
3. Identificar los obstáculos subjetivos e institucionales que atraviesan los varones en edad productiva en el proceso de construcción de demandas.

METODOLOGÍA

Esta Investigación toma como base el hecho social significado por el sujeto analizado. Toma en consideración la perspectiva del sujeto investigado y su relación con los temas seleccionados para el trabajo. Se ha trabajado en forma dialéctica entre la perspectiva de la investigadora y la de los sujetos entrevistados para la construcción de conceptos.

Se trabajo desde la metodología cualitativa, comprendiendo la contextualización histórico social de los sujetos y la relación entre los mismos, promoviendo una reflexión dialéctica y crítica. Se buscó comprender qué piensan los varones en edad productiva acerca de este recorte de su mundo, sus prácticas en la vida cotidiana y ponerlos en relación con discursos de profesionales del Trabajo Social y conceptualizaciones teóricas relacionadas con la temática. En todo momento se priorizó la coherencia de ésta relación teoría-práctica.

Por lo tanto, bajo esta metodología las conclusiones arribadas en este recorte investigativo no son generalizables, pero si transferibles ya que los conceptos construidos pueden propender a conocer otras situaciones (Sirvent: 2007), por ello, la importancia de abordar la temática desde esta perspectiva.

Finalmente, con el objetivo de propender al descubrimiento de la subjetividad de los sujetos entrevistados puesta en juego en el proceso de la construcción de las demandas sociales, ésta investigación presenta un puntapié para la consecución de investigaciones venideras en el temática. También servirá de insumo para la formulación de Políticas Sociales inclusivas y con perspectiva de género.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Se tomó una muestra intencional de acuerdo al desarrollo de la investigación. Se entrevistó a 7 varones en edad productiva (entre 18 y 65 años) que hayan asistido en

algún momento de su vida adulta a Servicios Sociales del Sistema Público de Salud. Los mismos fueron derivados por profesionales de la salud o por motus propio.

Cabe destacar que si bien las situaciones de vulnerabilidad que caracterizan a los varones entrevistados son múltiples y diversas en todos los casos se ha priorizado para la selección su relación de asistencia a Servicios Sociales del sistema de Salud, de forma tal que se pueda realizar un análisis de su recorrido en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

HISTORIA DE LA INVESTIGACIÓN:

A lo largo de la investigación se han realizado 7 entrevistas semi-estructuradas con una guía de preguntas pre-establecidas a varones que han asistido en su edad productiva a algún Servicio Social del Sistema de Salud Público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La guía de preguntas ha sido aplicada de acuerdo al discurso de cada uno de los entrevistados para esta investigación. Asimismo, se ha aplicado una entrevista a una profesional del Trabajo Social de forma tal que se pudieran obtener datos concernientes a la perspectiva institucional y del colectivo profesional.

Se comenzó con la realización de las entrevistas a varones en edad productiva asistentes a Servicios Sociales en Salud y en paralelo se continuó con la búsqueda de bibliografía sobre la temática. Una vez realizadas un cúmulo de entrevistas se reevaluó el instrumento de recolección de datos (Guía de Preguntas) a los fines de poder adaptarlo a las necesidades de la investigación. Produciéndose modificaciones en su estructura general, reduciendo aquellas preguntas que resultaban innecesarias y ampliando aquellas que eran de mayor interés para el presente trabajo.

Cabe destacar que se han encontrado dificultades al momento de realización de las entrevistas. Siendo que una de las preguntas que generaron este trabajo se relaciona con la ausencia de los varones en los servicios sociales del sistema social, la principal dificultad fue la posibilidad de encontrar varones para entrevistar. Por esta razón se amplió la unidad de análisis con respecto a características particulares que no desviarán los objetivos de la investigación, pero sostuviese aquellos aspectos fundamentales para la misma. Es por ello que también, se ampliaron las instituciones del sistema de salud a estudiar a cualquier CeSAC u Hospital General. De esta forma se pudo alcanzar la

cantidad de entrevistas necesarias para adquirir los datos para realizar el análisis del Objeto de Investigación planteado.

También, se han realizado observaciones no participantes de las intervenciones realizadas por profesionales del Trabajo Social en el sistema de Salud público, a los fines de que sirvan de insumo para análisis de las variables planteadas.

Asimismo, se adhirió una nueva categoría de análisis en la operacionalización de variables presentada en el Diseño referente a la perspectiva Institucional de la temática, de forma que la investigación planteada pueda ser profundizada en este punto y que sirva como puntapié para posteriores análisis e investigaciones en la temática.

Luego de realizadas las entrevistas se codificaron las mismas teniendo como criterio los indicadores planteados en la operacionalización. Se utilizaron fuentes secundarias como fichas sociales, cuadernos de campo de la práctica profesional realizada en Taller II y IV, etc., de forma que sirviesen de insumo para el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas. Se buscó nueva bibliografía relacionada con temas trabajados en esta temática, lo cual permitió encontrar nuevos aspectos y teorías para el análisis de los datos recolectados.

Finalmente, con la información recolectada se redactó el Informe Final, articulando la información empírica con conceptos teóricos obtenidos de la bibliografía consultada. En el caso de los relatos de los y las entrevistados/as, se ha preservado la identidad colocando nombre ficticios en la redacción, sin por ello modificar los dichos.

1. CAPÍTULO 1: LA VULNERABILIDAD SOCIAL

Como fue expuesto en apartados anteriores los varones asistentes a los Servicios Sociales del Sistema de Salud observados en la práctica pre-profesional presentaban situaciones sociales singulares. Escenario que dio pie a interrogantes acerca de las situaciones sociales que atraviesan los varones en edad productiva en relación con su Salud y su transcurso por el Servicio Social. En este primer capítulo se elabora el concepto de vulnerabilidad social como categoría de análisis de la situación problema, con el fin de enmarcar la singularidad que atraviesan los sujetos entrevistados, teniendo en cuenta dos subcategorías surgidas de las entrevistas: el trabajo remunerado, y los vínculos familiares y sociales. Ésta singularidad se constituye en el andamio de la problemática a deconstruir en la intervención profesional en el campo de la Salud.

El concepto de vulnerabilidad social ha sido desarrollado por diversos autores y con perspectivas diferentes, sin por ello lograr un consenso acerca de su definición. En su gran mayoría, el concepto ha sido definido desde una visión netamente economicista. El concepto ha sido asociado principalmente con la capacidad de adquisición de recursos monetarios de las familias de una sociedad (CEPAL, 2002). En este sentido, otros autores plantean que el concepto de vulnerabilidad surge como una instancia superadora al de pobreza, permitiendo abarcar aquellas situaciones que sobrepasan lo económico (Amadassi y Fassio, 1997). Sin embargo, aún desde esta posición quedan aspectos del concepto que no están pudiendo ser incluidos.

Gran parte de los autores consideran a la vulnerabilidad como aquella para la cual *“debe ocurrir un evento potencialmente adverso -es decir, un riesgo, que puede ser exógeno o endógeno-, una incapacidad de respuesta frente a tal contingencia – ya sea debido a la ausencia de defensas idóneas o a la carencia de fuentes de apoyo externas- y una inhabilidad para adaptarse al nuevo escenario generado por la materialización del riesgo”* (CEPAL, 2002: 1). Desde esta postura se presentan tres elementos fundamentales para definirla: un riesgo, una incapacidad de respuesta y la inhabilidad para adaptarse. Se puede leer entre líneas una culpabilización de los sujetos frente a la vulnerabilidad, no dando lugar a que ciertos aspectos de la vulneabilidad se producen por la falta de recursos, herramientas u oportunidades de acceso a derechos.

Por otro lado, en el debate entre autores por la definición del concepto de vulnerabilidad social, cabe destacar que algunos teóricos discrepan con la postura de la existencia de vulnerabilidad social por una dificultad de base o de adaptación sino que: *“ponen el énfasis en el desajuste entre los activos y la estructura de oportunidades que configuran el Mercado, el Estado y la Comunidad”* (CEPAL, 2002: 5). Esta perspectiva incorpora en el análisis de la variable a la estructura societal y estatal del grupo estudiado, los actores externos generadores de vulnerabilidades y desigualdades. Por lo tanto, se plantea que las personas atraviesan situaciones de vulnerabilidad y que no por ello debe considerárselos como vulnerables, ya que esta sería una postura reduccionista y fragmentada.

En esta investigación, se tomarán estas discusiones acerca del concepto con el fin de relacionarlas con las estructuras sociales condicionantes. Se considera la última defición planteada como la más acorde al estudio planteado. Se tomarán como indicadores sociales de análisis de la población recortada: la situación económica-laboral y los tipos de vínculos sociales y familiares construidos por los sujetos estudiados, destacando que éstas categorías han surgido de las entrevistas como las mayores preocupaciones de los varones.

1.1 MACHO EL QUE TRABAJA: LA VARIABLE TRABAJO REMUNERADO

El trabajo se constituye como un elemento identitario del varón. El trabajo productivo (aquel por el cual se recibe un salario y se realiza en el ámbito público) es uno de los puntos nodales de la masculinidad. Por su parte, la masculinidad es planteada por Connell (2005) como la posición que toman los varones frente al modelo masculino hegemónico en una sociedad patriarcal determinada. Si bien éste concepto será profundizado en el siguiente capítulo, es necesario realizar una aproximación al mismo. Que la masculinidad sea una posición dentro en un sistema de relaciones entre varones y mujeres, no significa que ésta sea adquirida consciente y voluntariamente, sino que esta signada por una multiplicidad de imposiciones y expectativas que condicionan al varón y los orientan en su accionar.

La esfera laboral ha sido por excelencia y por tradición, aún en la actualidad, el ámbito de desarrollo de los varones como sujetos. Por lo tanto, su constitución subjetiva

como varón se sustenta en su rol familiar como proveedor cabeza de familia, que aporta los recursos monetarios y materiales al hogar mediante su trabajo remunerado. Es tal la fuerza de este mandato que incluso en la mayoría de los casos se llega a la explotación laboral, la precarización y la insalubridad, a costa del sostenimiento de la función social proveedora:

“La importancia del trabajo viene dada por una actitud que aspira a la realización personal en el ámbito laboral escogido según la existencia de unos intereses anteriores al período de actividad. Dicha actitud justificaría un sinfín de condiciones no deseadas a priori como la intensa dedicación de horas de trabajo o las malas condiciones laborales, en caso de que existan.”(Borràs, Moreno et.al.; s/f; 10)

En consecuencia, es el contexto o estructura social quien, de forma performativa, fundamenta el rol dominante al interior de las familias por parte de los varones. Les otorga una posición de poder que la mujer al interior de la familia no logra obtener. El salario que aporta el varón por su actividad productiva lo legitima como patriarca del hogar, aún en aquellos en los que las mujeres también aportan económicamente. En estos casos el salario de la mujer es considerado como una ayuda del cual se puede prescindir si el varón es exitoso laboralmente.

En este sentido, algunos autores como Barker y Greene (2011) plantean la existencia de vulnerabilidades relacionadas con el género como aquella que está *“relacionada con las expectativas sociales casi universales de que la función principal del hombre debe ser la de proveer, y la frustración y pérdida de estatus que generalmente enfrentan los hombres cuando carecen de empleo”* (Barker y Greene, 2011: 31). Es decir, el factor de desempleo produce un quiebre en las estructuras psíquicas de los varones, posicionándolos en un lugar de vulnerabilidad social:

“El trabajo le permite obtener reconocimiento social y le otorga seguridad y autonomía. Por eso mismo, la pérdida del empleo genera tensiones no solamente económicas, sino también afectivas y de identidad. El trabajo remunerado ha pasado a ser un

papel tan arraigado al varón que la pérdida del empleo se traduce en una disminución de su masculinidad, tanto desde la percepción del propio varón como de su mujer y de sus hijos”. (Hardy y Jiménez; 2001: 4)

El conflicto está en aquellos varones que no cumplen con estos puntos nodales de la masculinidad, quienes ven amenazada su identidad masculina y por lo tanto, su dignidad. En el caso de los varones entrevistados manifestaban la angustia y estigmatización que el no cumplimiento de este mandato social genera:

“Un varón que no es exitoso laboralmente no existe. No existe. Sos un producto del Mercado, no sos una persona. Entonces sos un producto exitoso o no exitoso. Si no sos exitoso no tenés derecho a tener familia, ni tener vida, ¿qué pretendes? Si tenés éxito podés tener tu voz. Sos un ciudadano. Entrás en tener derechos, y tener obligaciones. Si no tenés éxito laboral, sea por cuenta propia o no, no tenés derechos.” (Luciano- 40 años)

En este testimonio se puede visualizar claramente cómo la falta de una estabilidad laboral “exitosa” coloca al varón en una situación de vulnerabilidad. Como expresa el entrevistado la obtención de un trabajo remunerado convierte al varón en un ciudadano. En un ser capaz de participar en el trabajo social de una sociedad, de un Estado. Por lo tanto, ¿qué sucede cuando este varón no logra adquirir un trabajo considerado exitoso? En estas situaciones quedan relegados y estigmatizados por el sistema patriarcal capitalista. El varón se sumerge en una crisis de su virilidad, y por lo tanto de su identidad masculina.

En varios casos han manifestado que a lo largo de su historia de vida familiar, han sido las mujeres de la familia (madres- esposas) quienes manejaban las situaciones ante las problemáticas económicas o familiares y la cotidianeidad del hogar. Tomamos el relato de Luciano quien describe cuando era pequeño y su padre quedó desempleado:

“... y es como que cuando mi viejo cayó ella se levanto y organizó un poco la vida familiar...” (Luciano – 40 años)

Se puede observar que cuando el varón padre de familia no logró garantizar su función proveedora, debió generarse una reconfiguración familiar en la cual la mujer tomó protagonismo en la situación familiar de forma que la familia persista como núcleo de cuidado. Esto devela la función de proveedora natural de cuidado que el modelo clásico de familia establece para la mujer madre. En la situación testimonial planteada se sintetiza cómo la madre de Luciano en cumplimiento del rol de cuidado al interior de la organización familiar, desplegó las herramientas adquiridas en su formación de género bajo el modelo clásico de familia ante el incumplimiento del rol de proveedor del padre, ya que, como plantea Pombo (2010) *“se reproducen de éste modo los estereotipos de género que instalan a las mujeres en el mundo doméstico y les adscriben la responsabilidad de las tareas ligadas al mantenimiento, creación y reproducción de las condiciones básicas de vida”* (Pombo, 2010: 6). Responsabilidad que incluye aquellas situaciones de crisis y reestructuración familiar.

La importancia asignada a la función social y familiar del varón y su situación de vulnerabilidad lo expone a riesgos para su salud. La búsqueda de trabajos precarios y riesgosos aun en situaciones de enfermedad, con el fin de poder acceder a una remuneración, y también así aplicar al mandato de proveedor familiar. Algunos de los varones entrevistados se encontraban atravesando enfermedades que dificultaban su posibilidad de trabajar. Por lo tanto, caían en la necesidad de postergar su cuidado personal a los fines de continuar con su labor productiva a pesar de considerar a la Salud como un aspecto a cuidar. Luciano describe con claridad la dicotomía que encuentran los varones ante una problemática de salud que le impida continuar trabajando:

“Porque anda a decirle que vaya al dentista a sacar un turno. O que se arregle algo. Si se tiene que operar (...) no sé tiene una hernia de disco de levantar bolsas y tiene que buscar laburo, porque no tiene laburo. Entonces o laburo, y busco laburo en un changa o me opero y estoy un mes parado. ¿Qué hago? ¿Cuál es la opción?” (Luciano – 40 años)

La necesidad de continuar con el trabajo parecería ser más importante que la propia salud del varón. El mandato social se encuentra tan arraigado en las subjetividades e identidades laborales de los varones en edad productiva que los coloca en una situación

de vulnerabilidad cuando el mismo no es alcanzado. Este mandato social se define como el Modelo de Masculinidad Hegemónica (Connell, 1995), el cual en pocas palabras, define expectativas sociales hacia los varones y demarca un tipo de varón al cual aspirar.¹

Por otro lado, un grupo de los varones entrevistados se encontraban en situación de calle. Si bien no es propuesta de esta investigación analizar la situación de calle como variable de análisis, cabe destacar que la categoría habitacional también es un factor de vulnerabilidad social en los varones entrevistados. La condición de calle expone obligadamente a situaciones de insalubridad o de peligro para su salud. Asimismo, ésta situación surge –en la mayoría de los casos- e incide en la falta de empleo y por lo tanto, en la constitución de la identidad masculina de éstos sujetos.

El resto de los varones entrevistados se encontraban en una situación habitacional estable. Habitaban viviendas propias o familiares en su mayoría, no encontrando grandes dificultades u obstáculos con respecto a esta categoría.

1.2 “LOS AFECTOS SON PARA LOS DÉBILES”: VÍNCULOS FAMILIARES Y SOCIALES

“En el fondo son las relaciones con las personas lo que da sentido a la vida”

KARL WILLHEIM VON HUMBOLDT

La principal característica objetiva que se visualiza en los varones entrevistados es que sus vínculos familiares se conforman como la principal red de contención ante la situación de vulnerabilidad social y económica. La familia se constituye bajo un *“vínculo afectivo perdurable que permite diseñar un proyecto biográfico conjunto”* (Barg, 2003: 104). Por lo tanto, la familia es una construcción conjunta de relaciones que conforman un *“escenario familiar internalizado”* (Jong, 2010). Jelín (2012), por su parte, considera a la familia como una institución social:

¹ Para entender mejor el concepto de Modelo Masculino Hegemónico se puede consultar a Faur (2005) quien plantea que *“Diversas investigaciones sobre la construcción social de la masculinidad plantean la existencia de un modelo masculino hegemónico que hace parte de las representaciones subjetivas tanto de hombres como de mujeres, y que se convierten en un elemento fuertemente orientador de las identidades individuales y colectivas.”* (Faur, 2005: 94). Su definición y desarrollo analítico en la temática estudiada en este trabajo será tratado en el capítulo II.

“... un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos. Existen en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también tienen intereses propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción y en el sistema de relaciones de género vigente.” (Jelín, 2012: 45)

Desde esta perspectiva, cada sujeto integrante de una familia obtiene posiciones dentro de la propia estructura de poder en relación con las estructuras sociales externas. Situación por la cual adquiere distintas actitudes, actividades valores sociales e ideologías para con el conjunto del grupo familiar.

Es en este sentido que ante las situaciones de vulnerabilidad la familia es asociada con la principal contención emocional y social. Sin embargo ésta red muchas veces se reestructura distanciándose del modelo clásico, pero sin por ello dejar de cumplir con la función de contención ante el incumplimiento de los mandatos de género socialmente establecidos.

Relacionado con el tema anterior en los varones la esfera de lo privado, de lo familiar no tiene la importancia o valoración social que si tiene para la mujer. Borràs, Moreno, Castelló y Grau señalan que: *“La vida masculina tiene entidad propia y no se relaciona de manera específica con la vida familiar. El trabajo asalariado da sentido al proyecto de vida masculino”* (Borràs, Moreno, Castelló y Grau, s/f: 9). En este sentido, los varones constituyen subjetivamente sus vínculos familiares de forma distinta a las mujeres, brindando características particulares que los diferencian. La vida del varón se centra principalmente en la esfera laboral, su principal círculo de contención y desarrollo personal. Es en este punto que puede visualizarse las dificultades y obstáculos que atraviesan los varones que no logran desarrollar ésta esfera de forma hegemónica.

En el discurso de Luciano puede visualizarse cómo la estigmatización por la falta de un trabajo remunerado influye en los vínculos familiares y sociales y la carga emocional que su ruptura puede generar:

“La concepción de Masculinidad en varones en edad productiva en el proceso de construcción de demandas en salud”

Informe de Investigación Final – Carrera de trabajo Social – Facultad de Ciencias Social - UBA

“Y la persona que tenés al lado. Vas complementándote, a veces más a veces menos. Según la... según el momento económico. (...) de la noche a la mañana cambió. Tuve que tomar decisiones que me dejaron sin un peso. Y son decisiones que no son las más lindas que tomarías (...) Ah, si no tenés plata todo esto se corta. ¡No! No se corta. Seguí siendo esa persona.

Pero... es una carga. Es incómodo, hasta incluso gente que vos conocías te... te cambian el trato y vos decís: ¿Qué te pasa?... soy la misma persona que fui hace dos años atrás, si antes tenía 300 lucas en el bolsillo y ahora tengo 300 pesos ¿Cuál es la diferencia? Pero bueno, te tratan distinto.” (Luciano – 40 años)

Las actitudes de segregación y discriminación por ser un padre de familia en situación de desempleo o con dificultades para cumplir con su rol de proveedor, se perciben como reales por los varones. Este rol es internalizado como regla normativa y función principal del varón en la sociedad. Luciano alude que en su círculo familiar y social el vínculo variaba de acuerdo al momento económico, aduciendo que sus familiares se alejaban cuando no se conseguía el dinero y, por lo tanto, no se cumplía con el rol de proveedor. En este sentido, se infiere que el dinero regula las relaciones de muchos de los varones, situación que se rompe cuando éste no se consigue. Esto le ha generado altos niveles de angustia, viéndose afectados sus familiares y amigos también. Por lo tanto, se produce una fragilización de la red de contención familiar y social ante el incumplimiento de las expectativas. Esto a su vez coloca al varón en una situación de vulnerabilidad, ya que no hay un sostén emocional familiar que acompañe al varón ante las dificultades que atraviesa.

Por otro lado, en las entrevistas realizadas se ha indagado acerca de cómo fueron sus vínculos familiares en la niñez, qué características tenían estos y cómo se desenvolvían frente a los cuidados al interior de la familia con el objetivo de poder observar cómo se posicionan en la actualidad frente a su situación de vulnerabilidad y qué herramientas internas poseen los varones en edad productiva al momento de construir una demanda.

Con respecto a esto se ha encontrado que la mayoría de los vínculos familiares en el período de crianza se asocian con una estructura familiar tradicional: padre proveedor y madre cuidadora. Aún cuando ésta también trabajaba por fuera del hogar. Incluyendo en algunos casos situaciones de violencia machista para la reafirmación de

esta conformación familiar. La conformación y reproducción de la división de roles familiares por sexo y su incidencia en la concepción de masculinidad será profundizado en el capítulo siguiente.

En cuanto a sus vínculos familiares actuales, algunos lograron conformar una familia con hijos y otros sólo han constituido una pareja estable. En la peculiaridad de los casos de los varones en situación de calle sus vínculos adquieren una particularidad: no son los suficientemente fuertes como para constituirse en una red de contención ante situaciones emergentes. Éstos plantearon haber sido abandonados por sus familiares cuando atravesaban situaciones de enfermedad, y que en algún momento desconocieron de su situación de calle por vergüenza. Fernando, por ejemplo, comparte en su relato que buscó generar ésta red con su familia pero que sus vínculos eran intermitentes no pudiendo contenerlo frente a su enfermedad:

“...traté de juntar un poco a la familia, tratar de ir uniendo a los hermanos, de unir un poco a los hermanos. Y por diferentes razones, por diferentes enfermedades... yo no sé pero el tipo desaparece un año. ... Yo por ejemplo estaba en situación de calle y trabajaba... me la rebuscaba, juntaba una moneda y me iba y bueno aparentemente yo estaba bien. Ellos no sabían que yo estaba en situación de calle” (Fernando – 60 años)

Al considerar la familia como un entramado de sujetos que bajo determinado orden social se constituye en el lugar de los afectos y la confianza se ve naturalizada como modelo que sostiene este orden social. Se constituye como un cuerpo con espíritu propio dentro de un campo de interrelaciones sociales (Bourdieu, 1994). Aquellos que no constituyen o forman parte del cuerpo se ven excluidos y por lo tanto, vulnerados. Sin embargo, aquellos varones que se encontraban en situación de calle presentaban la particularidad de abandono de sus vínculos familiares biológicos, en especial ante la crisis que genera la situación de calle, el desempleo y las problemáticas de salud. No pudiendo sostenerlas en el tiempo debido a su condición habitacional y laboral actual. Particularmente, Fernando y su familia no lograron sostener este orden, produciendo que Fernando oculte su situación de calle por vergüenza.

En este sentido Barg (2012) profundiza: *“Las estructuras de parentesco y de la familia como cuerpo, solo pueden perpetuarse si se mantiene en forma continua el*

sentimiento familiar, principio congénito de unión o división que es al mismo tiempo principio de cohesión...”. (Barg, 2003: 7) La autora pone en juego lo vincular al interior de la familia como sentimiento de cohesión, como sostén emocional y social que cobra vital importancia ante las crisis que puedan existir.

En el caso de los varones entrevistados en éste trabajo las familias acompañaron el proceso de salud-enfermedad que atravesaban. En principio se visualizó que lo hacen acompañando al varón a la entrevista en el Servicio Social. Es decir, siendo partícipes de la intervención del Servicio Social y sosteniendo en el proceso sus vínculos contenedores. Sin embargo, se observa que existen procesos íternos al varón en edad productiva relacionados con su identidad masculina que se ponen en juego previa, durante y posteriormente al proceso de construcción de demandas.

CAPITULO 2: CONCEPCIONES DE GÉNEROS EN VARONES EN EDAD PRODUCTIVA

“Así como necesitamos saber leer las coyunturas, requerimos también saber leer lo cotidiano, pues es ahí que la historia se hace, y es ahí que nuestra practica se realiza.”

MARTINELLI MARÍA LUCÍA

Reflexiones sobre el Trabajo Social y el Proyecto Ético-Político Profesional

En el presente capítulo se ahondará en la propia concepción de masculinidad de los sujetos entrevistados, qué factores inciden en la construcción del mismo y cómo éste se desenvuelve en la cotidianeidad de los varones entrevistados. Con el fin de complementar y dar profundidad a los discursos obtenidos y el análisis de la situación problema planteada se analiza la estructuración social de la división sexual del trabajo social, tanto a nivel de la sociedad en general como al interior de la familias de los varones estudiados; y su correlato al interior de las familias de éstos sujetos. Relacionándolo, también con el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados mediante el análisis de las Políticas Públicas de Salud.

Todo sujeto al nacer y aún previo a esto, es cargado de ansiedades, expectativas y mandatos de acuerdo al sexo biológico con el cuál es reconocido al nacer. A lo largo de su vida, éstas expectativas serán renovadas, profundizadas y moldeadas de forma que se garantice que los sujetos no se desvíen de las mismas. Las imposiciones son arraigadas en el inconsciente individual y colectivo de tal forma que el miedo al desvío sea el termómetro que regule nuestra vida y por lo tanto nuestras acciones. En este sentido hay expectativas sociales para las mujeres y expectativas sociales para los varones. Y en su gran mayoría son antagónicas, de forma tal que no haya posibilidades de entrecruzamientos ni dudas.

El estudio del género como categoría social surge con el desarrollo de las primeras corrientes feministas quienes comenzaron a teorizar sobre las diferencias existentes entre varones y mujeres en la sociedad de principios de la década del 60. Lamas (2007) define al género como *“el conjunto de creencias, prescripciones y*

atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base” (Lamas, 2007: 1). Por lo tanto el género no es el sexo que se establece por lo genital, si no la construcción de creencias y atribuciones que socialmente se construyen en torno a la genitalidad. El género se conforma como interpretación del mundo, *“como una especie de armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre”* (Lamas, 2007: 1). Implica la simbolización de la diferencia sexual, y al ser una interpretación, una cosmovisión arraigada en la psiquis de los sujetos que componen una sociedad, existen múltiples esquemas de género.

Otros autores y autoras como Connell (1995) definen al género considerándolo como una estructura de práctica social. En este caso, el autor considera que como estructura, organiza y ordena la práctica social de los sujetos principalmente en relación con el escenario reproductivo. Entendiendo al sujeto como un cuerpo y no meramente definido desde los determinantes biológicos. Asimismo, al ser una práctica social, se genera dentro de estructuras definidas de relaciones sociales, no de forma aislada. Por lo tanto, se constituye como una práctica cultural (Lamas, 2007). El sujeto se empareja con un género al identificarse con una estructura de relaciones sociales en particular, con una forma de desenvolverse en el mundo. Cabe destacar que el género desde esta perspectiva no se constituye como un tipo especial de práctica social, sino como una forma de estructurar esa práctica (Connell, 1995). Por lo tanto, no se puede considerar al género como un concepto estático, ahistórico e único, si no como objeto de disputas y contradictorias interpretaciones *“que cristalizan intencionalidades teórico-políticas diversas y retienen disímiles potencialidades en la lucha por desterrar las opresiones basadas en el género”* (Pombo, 2012: 2). Es decir, que el género para su análisis debe ser considerado como un concepto político-relacional.

Los modelos de estructura de género moldean a los mismos estableciendo el tipo y forma de relaciones que se establecen entre ellos. Connell (1995) considera que son tres las dimensiones que las estructuran: a. las relaciones de poder, b. las relaciones de producción y c. la Cathexis o deseo sexual. Las relaciones de Poder en nuestras sociedades están signadas por el sistema de relación patriarcal bajo la cual el varón adquiere un rol dominante y la mujer es subordinada a éste. Si bien existen reversiones

locales -situaciones en que las mujeres adquieren un rol protagónico y dominante: jefas de hogar, profesionales mujeres con mayor jerarquía laboral, etc- persiste y es legitimado por el sistema. En consonancia las relaciones de producción hacen mención a la división sexual del trabajo, la cual mediante la asignación diferencial de tareas coloca a los varones como favorecidos por el dividendo patriarcal como resultante del reparto desigual de los productos del trabajo social. No necesariamente debe relacionárselo con lo económico si no como dice Connell, con la “acumulación de género” como capital social (Connell, 1995: 37). Por último, la cathexis refiere a “*las prácticas que dan forma y actualizan el deseo*” (Connell, 1995: 38) en este caso de los varones.

Pensar en el modelo de estructura de género permite hacer un análisis que incluya la perspectiva relacional del género. Al incorporarlo en el sistema de significaciones teóricas permite entender a la masculinidad y la feminidad dentro del marco de las relaciones sociales de género. En este sentido, no podemos pensar a la masculinidad, tema de este trabajo, sino en relación con la feminidad, en constante articulación y entramado.

A continuación, tomaremos el concepto de “*masculinidad(des)*”². Se realizará una aproximación a su conceptualización teórica y se lo analizará en base a los discursos de los varones entrevistados. Para profundizar su análisis se han planteado tres ejes de las masculinidades. Por un lado, el ser varón. Práctica que implica una articulación entre la estructura de género social impuesta y las propias acciones y actitudes individuales. En segundo término, se ha considerado a la heteronormatividad de géneros como el factor de distribución de roles al interior de la familia. División que incumbe al rol de cuidado de sí y de otros y por lo tanto a la Salud. Finalmente se

² Se plantea el concepto de masculinidades y no de masculinidad, ya que al ser éste un concepto con múltiples desenvolvimientos, múltiples prácticas y sujetos no se puede reducir a un solo modelo rígido. Si no que se plantea que existen diversos modos de ser varón, de actuar como varón. Razón por la cual Connell (1995) plantea este concepto como el más adecuado para hablar de las formas de actuar de los varones. Asimismo, se destaca que el uso de los paréntesis en el concepto permite dar cuenta de la dialéctica y las contradicciones que el mismo esconde detrás.

Para una mejor lectura del texto de aquí en más de utilizará la palabra masculinidades sin los paréntesis.

considera como eje de análisis a las Políticas Públicas, ya que éstas no sólo se constituyen como reflejo de las necesidades de los sujetos sino que se conforman como moldeadores de subjetividades y por lo tanto de las masculinidades.

2.1 MASCULINIDADES

Los estudios sobre las masculinidades comenzaron como producto de los análisis del género y las luchas feministas y tienen su auge en los años 90s. Son diversos los debates que aún existen sobre éstas y las preguntas que circulan. Diversas perspectivas las consideran una condición biológica, otras un modo de ser, otras un conjunto de atributos, un mandato o una posición. En este sentido, no sólo las masculinidades varían al interior de las culturas, sino también la forma en que se piensa en ellas.

Connell (1995) ha sido uno de los autores que más ha logrado profundizar en una categorización teórica de las masculinidades. Para este trabajo destacaremos su definición de masculinidad, ya que logra incorporar la construcción de la identidad masculina al entramado de relaciones sociales de género y la cultura. El autor define a la masculinidad como: *“...al mismo tiempo, la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura.”* (Connell, 1995: 35). Es decir, que la masculinidad implica una posición dentro de las relaciones sociales, una práctica y los efectos de esa práctica en lo individual y lo colectivo. Por lo tanto, no es posible considerar la existencia de una sola masculinidad, si no que éstas son múltiples.

Las estructuras de género no pueden definirse por fuera del contexto en el cual se inscribe, de forma tal que las instituciones sociales asignan posiciones de acuerdo a la pertenencia de género. Esto equivale a que hay un lugar social para ciertas practicas masculinas que por su consideración social, los privilegia, los valora positivamente y los jerarquiza en comparación con aquellas que no cumplen con sus características (Faur, 2005). La posición de privilegio se traduce en un Modelo de Masculinidad Hegemónica, que orienta las identidades individuales y colectivas, tanto de varones como de mujeres. Cabe destacar que no es posible considerar este modelo como real,

sino como un tipo ideal, que mediante su significación social influye en las prácticas cotidianas de los sujetos. Asimismo, Artiñano (2015) plantea que el modelo masculino hegemónico adquiere características que:

“se sustentan principalmente en cuanto a: a) género: superioridad del hombre (heterosexual) por sobre la mujer, misoginia y homofobia; pero también a otras categorías tales como: b) clase, predominancia de la burguesía; c) etnia y nacionalidad: blanco de origen europeo; d) religión: judeo cristianismo; y e) generación: adultismo... estas categorías combinadas de múltiples formas, y atravesadas por un espacio y un tiempo particulares, llevará a pluralizar dicho modelo.” (Artiñano, 2015: 26)

Cabe señalar también que algunos de estos atributos se vuelven recurrentes, y se vuelven categorías útiles para el análisis de los discursos de los varones. Y, también tomando la propuesta de Cazés Menache (citado en Artiñano, 2015) y otros autores como Kaufman (1999) que consideran que la masculinidad está regida por la condición de poseer y ejercer poder, y que un varón quiere ser reconocido socialmente como un hombre de verdad, razón por la cual actúa ejerciendo este poder.

En la particularidad de los varones entrevistados en esta investigación, se ha indagado acerca de la propia concepción de masculinidad a los fines de poder caracterizarla para luego cruzarla con otras categorías de análisis. Se tratará de analizar a continuación las siguientes inquietudes que permiten dar cuenta de su propia concepción de masculinidad: ¿Cómo se ven ellos como varones? ¿Qué atributos se asignan para sí mismos? ¿En qué se diferencian con las mujeres? ¿Hay diferencias entre los varones actuales y los varones de antes? En los discursos de los varones entrevistados han surgido una diversidad de significaciones de las masculinidades en las cuales se atraviesan una multiplicidad de aspectos que les dan forma y las caracterizan.

Para analizar cómo el modelo masculino hegemónico se reproduce en los varones en edad productiva entrevistados tomaremos tres ejes principales: Por un lado, 1) el ser varón; por otro, 2) las familias y la heteronormatividad; y finalmente, 3) las políticas sociales de salud para varones.

2.1.1 SER VARÓN

*“El hombre que era machote
Tendría el pecho con pelos
Sin duda les producían
Zapatazos hormonales
Y ellas no tenían dudas
Que eran hombres, y normales
Ningún síntoma que dude
De esa virilidad
Hasta que rompió el modelo”*

Machos

GERDALDINE VILLAROEL DIAZ

Durante el trabajo de campo, al preguntar sobre qué características tienen los varones que los diferencian de las mujeres aparecieron las siguientes respuestas:

“No piensa” (Pedro, 63 años)

“no llora y sigue adelante” / “soberbio” / “padre de familia” / “tiene que hacerse cargo de la familia” / “se hace la autoridad” / “tampoco reconoce el error” / “reacio” (Guillermo, 45 años)

“ es el que tiene que llevar adelante la familia” / “ responsable” / “pelear como un celo a la familia” (Hernán, 21 años)

Muchas de estas respuestas dan cuenta inicialmente de la necesidad que los varones poseen de reafirmar su posición como varón. Asimismo, se vislumbra con regularidad en los discursos una asociación del varón como aquel que es padre de familia. La tendencia a realizar esta asociación al momento de indagar acerca de cómo caracterizan a los varones se relaciona con la idea de responsabilidad: responsabilidad frente a la familia como elemento inherente del ser varón, como constituyente del varón. Hernán plantea este punto como un factor importante:

P: ¿Consideras que el varón adquiere ciertas responsabilidades o tareas que son específicas del varón cuando forma una familia?

R: Y las responsabilidades son más pesadas ya. Como tratar de que esa familia fluya. Que sea una buena familia.” (Hernán, 21 años)

Asimismo, existe una percepción general acerca de cómo debe comportarse un varón. Aquí también se atraviesa el elemento de la responsabilidad. Ahora bien, ¿responsabilidad ante quiénes? De las entrevistas se infiere que la principal responsabilidad se desprende de querer cumplir y reafirmar su posición como varón proveedor. No sólo en términos económicos si no también en cuanto a la eficiencia y el éxito del rol social de proveedor económico. En este sentido pensar en el éxito deviene en no considerar ni tolerar el fracaso, los errores y las falencias, ya que esto implica la demostración de debilidad y necesidad de ayuda externa ante situaciones de crisis o de problemáticas cotidianas.

En este buscar constantemente reafirmar su propia masculinidad surgen diversas actitudes y acciones que pueden cooperar a mantener formas rígidas de masculinidad. Ronda constantemente en el colectivo varonil el sentimiento de que no se es suficientemente hombre como quisiera. Al ser la masculinidad hegemónica un tipo ideal de masculinidad, se convierte en cierto punto, en una utopía, como algo inalcanzable. Ya que las exigencias que la misma posee, son prácticamente imposibles de lograr. Consecuentemente, el nivel de exigencias que genera en la identidad de los varones es tal que resulta necesario para éstos reafirmar constantemente su virilidad en sus acciones cotidianas (asunción de riesgos, descuidos, actitudes machistas, etc), para no ser confundido con otro géneros, segregado y discriminado. Como consecuencia de ello, en muchos casos pueden darse situaciones de violencia, hacia otros géneros o hacia el interior del mismo género.

En cuanto a la relación con otros géneros, los entrevistados han reafirmado la propia identidad de género masculina diferenciándose de las mujeres y poniendo énfasis en aquellas situaciones en las cuales las mujeres toman este rol de responsabilidad social económica frente a la familia. En las entrevistas realizadas Guillermo explica qué sucede con aquel varón al cual su pareja mujer trabaja y asume el rol proveedor:

“el hombre no admite como ha pasado, que la mujer maneje la casa y que él no trabaje porque esta sin trabajo. Se pone mal. Es más se pone agresivo, se pone histérico” (Guillermo, 45 años)

Ante el mayor acceso de la mujer al mercado de trabajo y la necesidad económica de que así sea, el varón ve debilitado su rol proveedor. Ésta situación genera

tal nivel de frustración y angustia que debe buscar formas de reafirmar su masculinidad (La Cecla, citado en Artiñano, 2015). Una de estas formas es ejerciendo la violencia machista, con el fin de poder instaurarse como dominador de la situación y relegar a la mujer a una posición de subordinación. Esto es, reafirmar su posición de poder. Cabe destacar que en algunos relatos, la violencia hacia la mujer se vio argumentada por parte de los varones entrevistados. Guillermo continúa, con respecto a ésta temática, planteando que considera que el hecho de que sea la mujer quien tome el rol de proveedora familiar – que es relatada como “la posición”- surge como revancha ante el sometimiento que el varón ha ejercido sobre ella, y que es ésta situación finalmente la que reduce el nivel de compromiso del varón para con el rol en el ámbito familiar:

“No porque a veces la mujer, a veces toma la posición. Estuvo sometida, estuvo sometida por el hombre. Entonces aprovecha esa situación para someterlo al hombre... También cuando pasa esa situación y tiene cosas guardadas que va acumulando cuando está en esa posición toma un revanchismo... no sucede cuando hay mucho amor. Cuando ya no hay amor, no hay pasión, si no simplemente hay compromiso de pareja por los chicos. Ahí es peor el revanchismo, y bueno. Y la posición del hombre es también en esos casos no asumir la responsabilidad de la familia.” (Guillermo, 45 años)

El miedo a ser desplazado por la mujer en su rol de proveedor, se basa en el desprestigio social que esto genera. Desprestigio ante la familia, sus amistades y red social y en especial hacia sí mismos (Artiñano, 2015). En consecuencia, la carga de angustia que ésto genera bloquea al varón y lo arraiga aún más a su posición de proveedor y de dominador.

En este sentido, las propias concepciones de masculinidad, sus actitudes, sus acciones u omisiones, son un factor de suma importancia en el proceso de construcción de demandas, en particular en lo concerniente a la salud. Como consecuencia de la necesidad de constante reafirmación de su masculinidad el varón adquiere ciertas conductas que lo colocan en situaciones de riesgo para su salud. En los relatos de los entrevistados prevaleció una postura de firmeza y “aguante” de las enfermedades como forma de reafirmar su masculinidad.

En este sentido, surge la pregunta: ¿qué noción del cuidado de sí enmarcada en su propia identidad masculina poseen los varones en edad productiva que les permita generar una propia noción de sus problemáticas?

En cuanto al autocuidado o cuidado de sí, existen diversos estudios desde la psicología. Muñoz Franco (2012) desarrolla, tomando a Foucault, que éste implica la concepción de ella, la referencia que de uno se tiene, y en consecuencia la referencia que se tiene sobre los otros. La autora plantea, citando a Martel (2004) que este concepto articula tres puntos de vista:

“una actitud general, una concepción del mundo que genera una forma de relacionarse con los demás; por otro lado, una mirada hacia afuera, pero con un retorno hacia la propia interioridad, lo que implica prestar atención a lo que ocurre en el pensamiento y, por último, una serie de acciones que se ejercen sobre sí mismo para transformar, para modificarse” (Muñoz Franco, 2012: 8).

Por lo tanto, el autocuidado implica una noción de uno mismo, del otro y de uno mismo para con el otro. Una posición frente a lo que le sucede a uno mismo y cómo se actúa en base a esto. Es una construcción vincular, una construcción en interacción con el propio cuerpo, con el entorno y con otros cuerpos, que está *“condicionada por acontecimientos posibilitadores de cursos de acción, de comportamientos, de actividades cotidianas y de prácticas sociales vinculadas con la salud”* (Muñoz Franco, 2006). Los varones en edad productiva han construido su propia noción de autocuidado atravesado por todos estos aspectos. Su práctica social vinculada con la Salud se caracteriza por la nula participación en instancias de prevención, la búsqueda de recursos en instancias no institucionales, el descuido del estado general de salud y la exposición a riesgos (violencia, alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas principalmente).

2.1.2 LAS FAMILIAS Y LA HETERONORMATIVIDAD DE GÉNEROS

Algunos autores como Artiñano (2015) plantean que los malestares que genera el Modelo Masculino Hegemónico en los varones, se traduce en sus relaciones de familia. En las entrevistas realizadas se ha abordado en los vínculos familiares pasados y actuales, con el fin de adquirir insumos empíricos en pos de vislumbrar la

organización de los cuidados en base a la construcción de géneros desarrollada por ese grupo familiar.

Como fue desarrollado anteriormente el género históricamente se basa en la diferenciación sexual y la simbolización que de ella se deriva. En la sociedad actual la construcción de la identidad de género se transforma en un proceso complejo. Si bien la construcción de la identidad de género se comienza a formar fuertemente por los padres y la familia desde la concepción, las experiencias de vida de cada sujeto influyen en la misma. Por lo tanto, la diferencia entre el género y el sexo biológico o diferencia sexual radica en que la primera permite salirse del determinismo biológico e incorporar los aspectos relacionales de las definiciones normativas de una sociedad (Scott, 1990).

Lamas, en su desarrollo teórico del concepto de género plantea que:

“El género como simbolización de la diferencia sexual, define a la mujer y al hombre como seres ‘complementarios’... La base de la construcción del género se encuentra en una arcaica división sexual del trabajo... la simbolización que se ha desarrollado en torno a tal división laboral le da fuerza y coherencia a la identidad de género.” (Lamas, 2007: 4).

La autora explica que es la división sexual del trabajo la que permite que en la práctica las diferencias de sexo se desenvuelvan de forma diferenciada y que ésta es simbolizada en el género. En la sociedad contemporánea esta división sexual del trabajo es heteronormativa, estableciendo actividades particulares para los varones y las mujeres. Postura que no permite incorporar la diversidad de géneros existentes – personas trans, por ejemplo-. Razón por la cual éstos son relegados y subordinados al sistema sexo-genérico.

En los varones entrevistados se ha podido visualizar claramente la heteronormatividad al indagar acerca de los quehaceres domésticos en la familia de su infancia. Todos los entrevistados han manifestado roles diferentes para con su padre y para con su madre, incluso entre hermanos y hermanas. Si bien se han visto matices en sus vínculos actuales. Fundados en una cosmovisión de la familia como aquella con una

estructura interna nuclear patriarcal (Faur, 2005), las madres o mujeres de la familia se ocupaban principalmente del cuidado de los niños y niñas, de la limpieza del hogar y de la comida y vestimenta, dejando al padre el rol de proveedor económico:

“...mi mamá era la que siempre hacía las cuestiones de comida, vestimenta.” (Pedro – 63 años)

“...era más mi mamá la que hacía, se ocupaba de la casa” (Santiago – 38 años).

“... me va a cuidar mi abuela todo el tiempo... porque es la que está todo el tiempo” (Hernán – 21 años)

Si bien en algunos casos los padres fueron referidos como ayudantes de las tareas hogareñas y de cuidado, en todos los casos fueron descritos como colaboradores de la tarea. Es decir que no existe la perspectiva de igualdad de tareas frente al hogar, si no que es la madre quien “debe” por mandato social encargarse de los quehaceres del hogar y el padre puede o no colaborar en la misma. Es decir, que es la mujer quien posee la responsabilidad del cuidado de los integrantes de la familia cuando el varón tiene la responsabilidad de la familia hacia el afuera mediante la provision económica.

Es en el seno familiar el terreno dónde *“los afectos resultan ser motivadores de la ejecución de una serie de trabajos vinculados con el cuidado de los otros”* (Faur, 2005: 101). Es decir, es el contexto en dónde se fundan las primeras nociones de cuidado. Se considera al trabajo de cuidado desde una perspectiva del desarrollo humano que a la vez expresan desigualdades social, étnicas, de género. Se coincide con la postura de Pombo (2010) quien plantea que el cuidado no se trata meramente de actividades ligadas a la reproducción de la existencia de los sujetos si no que *“implican – además de trabajos concretos- una disposición o una forma de hacerse cargo de las necesidades de los demás, que surge a partir de la conciencia de la vulnerabilidad propia o de los demás”* (Pombo, 2010: 8). Es decir, pensar en cuidados implica pensar en las necesidades y vulnerabilidades propias y de los otros.

En este sentido, pensar en una noción de cuidado en los varones en edad productiva que han sido criados en una familia heteronormativa en la cual el trabajo de cuidado ha sido laborado por la mujer-madre, y el trabajo remunerado por el varón-

padre, significa encontrarse con situaciones de reproducción de ésta división. Asimismo, implica que muchos de estos varones no han desarrollado en su propia estructura de género, en su propia estructura de masculinidad, una sensibilidad por sus propias condiciones de vida y por lo tanto de su propia vulnerabilidad.

En las entrevistas y observaciones de campo, se visualizo una escasa o nula actitud de interés por el cuidado personal de la salud, salvo en aquellas situaciones extremas, como cáncer o enfermedades crónicas que impidan la actividad laboral y que impliquen un nivel de sufrimiento intenso, razón principal de asistencia a un Servicio Social en Salud. Asimismo, solamente pudo observarse un interés o motivación al cuidado del otro u otra en aquellas situaciones en las cuales la mujer, madre de la familia, no podía cumplir su rol cuidador ya sea por enfermedad, fallecimiento o simple ausencia. Tomando el discurso de Luciano cuando habla de la enfermedad de su madre:

“No, realmente el que hacía todo, el que llevaba la mochila era mi viejo, no yo eh! Yo lo llevaba, laburaba 12 horas, me encargaba de mi hija y me encargaba de la casa, me encargaba de un montón de cosas, pero desde atrás. El que estaba en este lugar era mi viejo. Él era el que iba al Banco de Drogas el que iba a los Laboratorios. El que se movía. El que estaba toda la noche al lado de mi vieja... Y bueno, entonces yo por lo de mi vieja si no se podía levantar de la cama quería hubiera alguien haciendo la comida o que tenga la casa limpia, que usualmente le hizo ruido.” (Luciano, 40 años)

Se interpreta cómo los varones de la familia han tomado actitudes de cuidado frente a la enfermedad de la mujer-madre y cómo, al contextualizarlo en el general de los discursos, puede leerse que la actitud general es de ayuda frente a la ausencia de la madre y no como una responsabilidad compartida ante el desarrollo de una familia.

Esto reafirma que es necesario la reorganización familiar ante la ausencia por enfermedad de la madre-mujer, y el supuesto de que como producto de la heteronormatividad social al interior de las familias, el varón queda exento de la necesidad de cuidar en éstos términos de los integrantes de ella. Aunque, en ningún caso se lo exime de la responsabilidad de proveer económicamente al grupo familiar.

2.1.3 POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD PARA VARONES

El universalismo que queremos hoy es aquel que tenga como punto común la dignidad humana. A partir de allí, surgen muchas diferencias que deben ser respetadas. Tenemos el derecho de ser iguales cuando la diferencia nos interioriza, y el derecho de ser diferentes cuando la igualdad nos descaracteriza.

BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS

Conferencia en el Foro Social Mundial

Por último eje de análisis de la concepción de masculinidad en los varones entrevistados se ha considerado a las Políticas Públicas de Salud. Como principal interrogante general del apartado, derivado de los temas desarrollados anteriormente, se ha planteado: ¿Cómo los varones y la temática de las masculinidades y la salud se enmarcan o visualizan en las Políticas Públicas actuales?

El Modelo de Masculinidad Hegemónica no sólo es reproducido por los sujetos individuales y colectivos si no que también posee un aspecto institucional importante. El Estado a través de sus Políticas Públicas se constituye como reproductor de estructuras de género. Establecen y moldean formas de ser varón y de ser mujer. Y en este sentido, la igualdad de género ante las políticas estatales es un elemento que cobra especial relevancia en las últimas décadas. En lo concerniente al campo de la salud Pombo (2012) plantea la existencia de adversidades que obstaculizan la adopción de una perspectiva de género en esta temática. Es preciso que para la creación de nuevas Políticas Públicas que intervengan en la inequidad de género, examinemos la realidad social con un lente más amplio que considere a la misma inmersa en la desigualdad y la exclusión social.

Históricamente las Políticas Públicas han sido elaboradas hombre-céntricas (Aguayo y Sadler, 2011), es decir, que han sido elaboradas por y para varones. Sin embargo, como desarrollan Barker y Green (en Aguayo y Sadler, 2011) no han logrado comprender al varón desde la perspectiva del género. No han podido incorporar al interior del mismo grupo social las desigualdades que las diversas identidades masculinas y femeninas, -y la relación entre éstas- desarrollan.

En el terreno de la salud particularmente aun ronda una visión positivista de la misma la cuál moldea las prácticas y percepciones de los y las profesionales de la salud

y todo aquel que está inserto en cualquier nivel de intervención de la Salud. Las observaciones en las prácticas en Servicios Sociales del Sistema de Salud, entrevistas y charlas realizadas a profesionales dan cuenta de la circulación de éstas perspectivas.

Por lo tanto, desde esa visión biologicista la intervención en salud se ve caracterizada por una descontextualización. Las prácticas no logran incorporar en profundidad los procesos económicos, sociales y político-ideológicos de la sociedad en la cual están inmersos los sujetos que las practican y que las reciben.

Por lo tanto, será necesario incorporar en las investigaciones y en las prácticas de los equipos de salud lo que Tajer (2004) plantea: la inquietud acerca de cómo operan las asimetrías sociales entre varones y mujeres en el proceso de salud-enfermedad-atención cuidados. La autora, considera que es necesario pensar en la existencia de vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que determinan distintos modos de vivir, de enfermar y por lo tanto de consultar y ser atendido por el sistema de salud.

En el marco de las instituciones del sistema público de salud estudiado y por lo indagado a varones y profesionales, no existen programas o planes apuntados a la prevención y promoción de la Salud en varones en edad productiva, salvo para aquellos que posean enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o HIV. La Política Pública existente para este grupo social se reduce a la posibilidad de acceso a la atención pública de salud por emergencias y aquellos programas específicos que cada institución pueda desarrollar en su territorio de intervención. En contraposición, la existencia de múltiples y diversos programas, planes e intervenciones profesionales apuntadas a las mujeres y los niños, niñas y adolescentes conforman el núcleo duro de las políticas de salud.

En este sentido, se infiere que la división sexual del trabajo -que fue analizada anteriormente al interior de las familias- también posee su correlato en las Políticas Públicas en salud. La mujer ha sido asignada al rol de cuidadora aún cuando haya sido incorporada al sistema laboral asalariado. Y a su vez, esta división es promovida por el sistema de Políticas Sociales mediante la incorporación de planes o programas de ayuda monetaria a las madres de familia (AUH, Ciudadanía Porteña, entre otras), con el

objetivo de que al incorporarse puedan también colaborar a la mejora de la salud de los integrantes de la familia, en especial de los niños y niñas, en consecuencia reproduciendo la sobre-responsabilización frente a la mejora de los indicadores de salud de la familia. Con esta postura no se pretende criticar a las políticas por su efectividad si no poder hacer un análisis de cómo el sistema de salud y las políticas públicas también reproducen la estructura de géneros e inciden en la división sexual interna de las familias y el cuidado, y por lo tanto, en el proceso de construcción de demandas a los Servicios Sociales del Sistema Público de Salud.

Luciano, uno de los varones entrevistados, planteo una problemática sumamente interesante para este análisis. En su discurso manifestó el enojo y la angustia que genera para el varón que se hace cargo del cuidado de salud de su familia y que por su condición de cuidador y proveedor al mismo tiempo, no encuentra Políticas Sociales que lo incluyan, ya que no es madre, si no padre:

“En un momento yo le fui a... tenía epilepsia y le fui a pedir el subsidio por epilepsia para hacer... Bueno, se lo daban a la madre y no a mi. Pero yo no tengo ni idea de dónde está la madre, no. Ni mi hija ni yo, nadie sabe dónde corno esta la madre. Bueno, el subsidio no me lo dieron. Me lo dieron no sé dos meses y después me lo sacaron porque ¿dónde está la madre? Cuestión burocrática. Yo no pude hacer un montón de cosas. (Luciano, 40 años)

También, remarca las imposiciones de género que las Políticas Sociales reproducen:

Y eso me pasó a mí siendo hombre. Le pasa a las mujeres pero a las mujeres hay una contención distinta desde el Estado. En alguno. Porque si soy hombre, blanco y joven, vos tenés obligaciones. Derechos: pocos. Según la ley los tenés, pero según la realidad no están. Y menos en el laburo... (Luciano, 40 años)

Por lo tanto, Luciano ha podido, a lo largo de su paso por el sistema de atención de salud público, visualizar esta diferenciación sexual en las Políticas Públicas.

Con estos discursos es posible inferir que la ausencia de Políticas Públicas apuntadas a varones se debe en parte a la división sexual del trabajo que imponen las estructuras de género de nuestra sociedad occidental. Los autores Greene y Barker (2011) en su escrito sobre las Políticas Públicas y las masculinidades plantean que existe una creencia de que los varones no cambiarán, o que si lo hacen tardarán más que las mujeres, o precisarán de más recursos, y que es por esta razón que resulta más efectivo promover Políticas Públicas en la cual sean las mujeres quienes tomen protagonismo. Este es un punto nodal del análisis de las Políticas Públicas desde una perspectiva de género. Ya que cabe afirmar que si bien pensar en este tipo de Políticas que incorporen a las mujeres en su rol social también reproducen al mismo tiempo la división sexual del trabajo. Los autores continúan con una propuesta a la cual se adhiere:

“El desafío es el de cómo crear políticas que reconozcan la necesidad de empoderar a las mujeres y terminar con sus desventajas económicas y sociales agregadas, que reconozcan la realidad inmediata de la falta de participación relativa del hombre en la vida familiar en comparación con la mujer, y que al mismo tiempo cuestionen las poderosas estructuras que refuerzan y perpetúan estas desigualdades.”

(Greene y Barker, 2011: 30)

Se trata de apuntar a implementar Políticas Públicas inclusivas y que absorban también las desigualdades al interior de los mismos grupos sociales.

Por otro lado, se ha indagado en las entrevistas acerca de por qué el varón no se acerca a los servicios de salud y qué relación podría tener esto con la concepción de la masculinidad que los varones posean. Y en este punto han surgido relatos acerca de las características de la masculinidad en nuestra sociedad y lo fuerte que son las estructuras de género para éstos varones:

“en un alto porcentaje al hombre no le gusta atenderse en un hospital, en general. Vaya a saber si es por cagazo, si porque quedan los resabios de macho alfa y “esto se me cura solo” “pero te amputaron un brazo” “y bueno ya va a cerrar el brazo” (Guillermo,

45 años)

“Vos estas en la calle y nunca vas a ir al hospital. La nada, ni sabes si tenés presión, si tenés diabetes, no sabes nada. Y ni te interesa saberlo.” (Fernando, 60 años)

“Me llevaron a hacer otro tipo de cosas pero nunca lo hice. Me auto mediqué o me tome la pastillas que me dijeron”. (Hernán, 21 años)

En alguno relatos puede verse como el factor trabajo condiciona la atención. La combinación de la necesidad de éxito laboral y la reafirmación de su masculinidad mediante la demostración de fortaleza, colocan al varón en una situación de riesgo para su propia salud, debido a que por ello no realiza controles de salud, ni se acerca con frecuencia a los sistemas de salud públicos. A esto se le debe sumar la ausencia de Política Sociales de prevención y promoción de la Salud específicas para varones en edad productiva, que consideren sus condiciones laborales y los obstáculos que éstas generan.

A modo de cierre, existe en los varones una regularidad en cuanto al sentimiento de vergüenza ante la atención profesional. Son tan fuertes los parámetros estructurales que establecen las estructuras de género, y la angustia que el incumplimiento genera, que los varones prefieren no acercarse a ningún servicio de salud, a excepción de las urgencias o situaciones límites. Cabe preguntarse como incógnita final qué sucede con los varones que no sólo no van a los sistemas de Salud, sino que tampoco asisten a los Servicios Sociales del Sistema de Salud, aún cuando su situación de vulnerabilidad social es evidente. ¿Acaso no van porque afecta también su propia concepción e identidad masculina? Como producto de esta investigación se puede inferir que sí. Sí existe una relación entre la no asistencia a los Servicios de Salud y el miedo a la debilitación de la identidad masculina construida en los varones en edad productiva.

CAPÍTULO 3: SERVICIOS SOCIALES: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Este último capítulo tomará lo relacionado con la temática estudiada y lo analizará en relación con los Servicios Sociales del Sistema de Salud Público. Se pretende poder dar explicación a las características particulares que adquiere la construcción de una demanda al Trabajo Social en el Sistema de Salud por parte de los varones en edad productiva. Se parte de la noción de la Intervención Profesional como un espacio con una lógica particular donde se ponen en juego las practicas de tres actores principales: los varones en edad productiva y su red social y familiar; los profesionales del sistema de salud público; y las instituciones y Políticas Sociales como estructurantes de la práctica social en salud. Asimismo, se abordan las particularidades de los varones entrevistados, con el fin de poder adentrarnos en los obstáculos personales que los mismos poseen ante la construcción de una demanda al Servicio Social, y qué función cumple la red de contención social y familiar en ese proceso.

En este apartado se analiza, también la influencia del Modelo Médico Hegemónico como reproductor de las prácticas desintegradas en la Intervención del Servicio Social en salud y como condicionante de la construcción de demandas. Asimismo, se pone en juego al Modelo con los discursos de los entrevistados para este trabajo, su percepción y experiencia en el proceso.

3.1 CONSTRUCCIÓN DE DEMANDAS: ACTORES INTERVINIENTES Y DIALÉCTICA DE LAS PERCEPCIONES

La intervención profesional del Trabajo Social en el área de la Salud Pública es uno de los principales campos institucionales de intervención. Razón por la cual la multiplicidad de modelos de intervención vigentes para cada período histórico ha ido caracterizando la intervención profesional, brindándole nuevas herramientas, costumbres y perspectivas particulares.

Es primordial comenzar con definir algunos conceptos. Se encuentra en Susana Cazzaniga una definición que por su puntualidad engloba los elementos y aspectos centrales del concepto de intervención profesional. La define desagregándola en conceptos que permiten visualizar su integralidad:

“Puesta en acto de un trabajo, de una acción con sentido sobre la realidad, a partir de una demanda en situaciones particulares. Hacer fundado, argumentado. Toda intervención está enmarcada en un lugar teórico... Tiene una intencionalidad... Se expresa en una estrategia como construcción metodológica... Se trata de una construcción artificial. Se puede entender como un venir entre... Presenta un carácter personalizado. En la intervención se da una relación cara a cara con los sujetos directamente involucrados. Esta relación produce efectos sobre los sujetos construyendo identidades”.
(Cazzaniga, 2009: 3)

De esta definición pueden desagregarse elementos útiles para el análisis de la intervención en el campo de la salud: la intervención implica una acción con sentido, es decir, que posee una intencionalidad que tiende al cambio de la situación problema planteada en la demanda. La direccionalidad es brindada, en parte, por la dimensión ética de la profesión y la interpretación que de la problemática se realice. Esto permite visualizar el carácter relacional y dialéctico de la intervención, y por lo tanto se constituye en un campo dónde circula el poder de acuerdo al saber. Implica un saber-hacer fundado en esa realidad que se expresa en la metodología que adquiere la intervención.

En otras palabras, la intervención profesional es un proceso artificial, por lo que no es algo natural sino una construcción social imaginaria de un espacio-tiempo (Cazzaniga, 2009). Una construcción que implica la perspectiva de los actores que participan de ella: los que solicitan la intervención y los profesionales que intervienen. De esta manera, la intervención profesional no sólo se reduce a la acción frente a la realidad planteada, sino que también implica un cúmulo de significaciones que engloban la acción previa y posterior. En el área de los Servicios Sociales de Salud Pública, la intervención profesional cobra la característica principal de ser un integrador de la

perspectiva social en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, incorporando a ésta la perspectiva de los actores participantes. Asimismo, el Trabajo Social interviene en los tres niveles de atención de la salud, que de acuerdo a sus objetivos obtendrán diversas demandas.

Tomando la definición planteada es necesario realizar un recorte en lo que es la demanda. Ésta, se constituye en el acto fundador de la intervención, ya que sin ella no existiría la misma (Carballeda, 2002). Se encuentra atravesada por varios elementos que la caracterizan y particularizan. Por un lado, lo atraviesa el imaginario que los sujetos demandantes tengan de la profesión y la propia percepción con respecto a su situación personal. Percepción de sus propias problemáticas y realidades enmarcadas en un momento histórico particular (Cazzaniga, 2009; Carballeda, 2002). No puede pensarse una intervención sin pensar a la profesión que interviene ni a los sujetos que podrían potencialmente solicitarla. Por lo que, forman parte de este imaginario los propios profesionales y las instituciones sociales incidiendo en diferentes niveles.

La acción de acercamiento a un Servicio Social en el Sistema de Salud para solicitar una intervención profesional implica indudablemente que la persona solicitante haya realizado previamente una reflexión sobre su situación personal. Implica la mínima sensación de que hay alguna incomodidad, complejidad, dificultad en su vida cotidiana. Como plantea Travi (2004) cuando un sujeto solicita la intervención de un profesional ya ha transitado un proceso de elaboración de su situación. Esta elaboración es un mundo pre-interpretado que se constituye en lo que diversos autores nombran como *perspectiva del actor* (Guber, 1992).

Por otro lado, es importante comprender que las demandas son fundamentales para dar lugar a la intervención de los trabajadores sociales. Es el elemento fundante de la misma y aquello que le da sentido. En connotación con esto, Cazzaniga (2009) pone en juego la dificultad que tenemos como profesionales al momento de recibir las demandas, en cuanto a comprender que no intervenimos sobre problemas sociales, si no en la manifestación de estos: *“lo que se nos presenta es un conjunto de enunciados pre construidos por la cotidianeidad”* (Cazzaniga, 2009: 3). La demanda que las personas realizan a los Servicios Sociales no son el problema social en sí, sino su manifestación en la vida cotidiana de los sujetos de nuestra sociedad, atravesados por los procesos de

desigualdad de nuestro sistema social. En el caso trabajado, la vida cotidiana de los varones en edad productiva entrevistados puede estar atravesado por la vulnerabilidad social, caracterizada en la precariedad laboral y el consecuente debilitamiento de los vínculos familiares y sociales tradicionales. Aquí se puede visualizar la relación existente entre la vida cotidiana con todas las relaciones que se entablan en ella, los obstáculos y facilidades que se atraviesan y las propias percepciones.

Por lo tanto, ésta situación de vulnerabilidad social caracteriza a la demanda. Los caracteres que adquieren pueden llegar a opacar de tal forma todo el andamiaje que estructura a las problemáticas sociales impidiendo que sean percibidas por los propios sujetos que la atraviesan. Lo cual deriva en una doble responsabilidad por parte de los profesionales: no sólo dar cuenta de la realidad de los sujetos sino también propender a que la misma sea problematizada por los y las sujetos que la viven.

“Y quizás lo habitacional viene acompañado de lo laboral, pero esta como tapada y no lo manifestaban como una situación de la vivienda, del alquiler. Que creo que esta acompañada de lo laboral.” (Gloria, Trabajadora Social del campo de la Salud)

La Trabajadora Social da cuenta de esto en su discurso. Muchas personas arriban al Servicio Social con problemáticas que son necesarias de ir desandando y relacionando con otras problemáticas que hacen a la cuestión social para poder realizar una intervención favorable a la mejora de la calidad de vida de esas personas.

Por otro lado, toda demanda manifestada enreda un pedido de solución. Solución que también será construida conjuntamente por los actores intervinientes de forma dialéctica. Por lo tanto, la intervención profesional ante una demanda en el sistema de salud significa un arduo trabajo de interpretación y reinterpretación de la problemática planteada, de las decisiones tomadas para su resolución y de la demanda concreta en sí.

En el proceso de construcción de las demandas y de la intervención en la problemática planteada se pone en juego una multiplicidad de actores: los sujetos demandantes, en este caso los varones en edad productiva; los y las profesionales tanto del Trabajo Social como del sistema de salud en general; y las instituciones y Políticas Sociales que enmarcan la intervención.

3.1.1 EL VARÓN: POSICIONES Y ACTITUDES EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA PROPIA DEMANDA

El trabajo de interpretación y reinterpretación es fundamental para poder comprender cómo los varones en edad productiva construyen sus demandas a los Servicios Sociales en el Sistema de Salud. Como se desarrolló antes, la demanda surge de la evidencia de un problema o situación adversa para los sujetos, manifestación de la cuestión social, la cual es preconcebida tanto por el sujeto como por los profesionales intervinientes y la sociedad en su conjunto.

En el caso de los varones en edad productiva esta preconcepción está atravesada por mandatos sociales estructurados de acuerdo a la división sexual del trabajo. Una preconcepción basada en la poca o nula demostración de debilidad ante los otros, en la constante reafirmación de la virilidad, en el éxito social y personal, etc. Razón por la cual las demandas realizadas por los varones adquieren características particulares. Si bien no se ha podido acceder a estadísticas oficiales acerca de las demandas específicas diferenciadas por sexo, en el Sistema de Salud y en particular del Servicio Social, en su gran mayoría, están relacionadas con la atención de Salud en los servicios de urgencias y emergencias del Sistema de Salud público (de acuerdo a fuentes secundarias estudiadas). La Lic. Gloria manifestó:

“Osea eran situaciones límites... De una cuestión, de una problemática de salud, que era importante. Que ya era una cuestión límite. Por eso no es que se lo vea desde la prevención o vienen a consultar por el servicio de salud. Los que vienen al sevicio social, viene en situaciones extremas ya situaciones límites o en una situación de emergencia. Y aun así vienen acompañados de, ¿no?” (Gloria, Trabajadora Social del campo de la salud)

Como plantea la Trabajadora Social el varón se acerca al Servicio Social y al sistema de salud en general en aquellas situaciones límites. Asimismo, la Trabajadora Social plantea al hablar de las políticas sociales:

“Esta tan instalado en la cultura, en nuestra cultura y en esta mirada machista de la sociedad, que yo creo que eso es una de las cosas que filtra. Que filtra, la consulta

y filtra la implementación de políticas públicas saludables.” (Gloria, Trabajadora Social del campo de la salud)

Esta caracterización se instala y reproduce en el inconsciente colectivo de los sujetos varones en cuanto a la inexistencia de una noción de prevención en los imaginarios de los varones. La división sexual del trabajo, se encuentra tan arraigada en el imaginario y en la psiquis de los sujetos al punto tal de funcionar como andamio estructurante en la construcción de una demanda.

En este sentido, a la situación límite atravesada por el varón se le suma el hecho de que la vulnerabilidad social, al actuar silenciosamente y ser de difícil reconocimiento, no permite que se visualice de forma clara y sin un trabajo reflexivo e intenso, la situación problema. En otras palabras, el hecho de que el varón se encuentre puramente encorsetado por el Modelo Masculino Hegemónico, genera que encuentre serias dificultades personales para reconocer las problemáticas de su vida cotidiana, asista a un Servicio Social y plantee una situación problemática que lo atraviese. El descreimiento de la gravedad de las enfermedades, de los riesgos del no realizarse un control médico frecuente, de asumir hábitos poco saludables, de soportar situaciones de vulnerabilidad sabiendo de la existencia de instancias de reivindicación de derechos, son las principales actitudes que toman los varones frente a su salud. De esta forma prolongan la atención y la asistencia al sistema de salud o a Servicios Sociales. En su discurso Guillermo se usa como ejemplo para dar cuenta de esto:

“Yo particularmente por lo general no soy así, no voy por una gripe, pero cuando sé que tengo algo que no es común yo me voy a atender... En general el tipo, por lo menos casi estable, te diría que una docena de varones y a menos que haya exigencia, no quieren ir a atenderse.” (Guillermo, 45 años)

Por lo tanto, como consecuencia de la prolongación en el tiempo del acercamiento a la atención algunos de los varones entrevistados han planteado que el común de los varones en edad productiva no demandan a los Servicios Sociales sino que buscan soluciones en otras instancias, mayoritariamente no institucionales:

“El hombre no va a ir. En último caso, sí. ¿A dónde va a ir el hombre? Va ir al puntero del barrio que consigue mercadería que consigue lo otro. Che loco, va a la casa de él, y ahí si le va a dar. Pero digamos que todo lo que sea a nivel social, no se va a molestar el tipo.” (Fernando, 60 años)

Fernando plantea que los varones acuden ante las dificultades a otras instituciones y organismos de acceso a derechos pero que en muchos casos no refiere a un organismo estatal. En éste punto, podría relacionarse ésta actitud frente a las demandas, con el rol social-político asignado al varón. Un rol de apertura hacia el ámbito social como principal campo de desenvolvimiento, en contraposición al ámbito familiar asignado a la mujer.

Pero, ante esto, cabe preguntarse qué sucede con el varón que no posee una red de contención social a la cual acudir ante las situaciones de vulnerabilidad. La Lic. Gloria en relación con la intervención con varones plantea:

“Y alguna vez había que citarlo y costaba, a mí lo que sí me ha costado mucho trabajar, porque se terminaba la situación y ya no volvían. Entonces trabajar esto desde la prevención o trabajar otras cuestiones (...) costaba remontar situaciones. Porque se terminaba, se hacia el subsidio habitacional o se hacia el Informe Social y después nada.” (Gloria, Trabajadora Social del campo de la Salud)

Desde el Sistema de Salud y en especial el Servicio Social se encuentran muchas dificultades para poder contener a los varones en edad productiva en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Son un grupo etareo al cuál es sumamente difícil acceder si no se acercan por motus propio o por derivación de otros servicios de salud. Los profesionales plantean que la mayor dificultad en este sentido, está en que los varones adultos no sostienen los tratamientos o las intervenciones desde lo social si no que solicitan intervenciones rápidas y que no impliquen muchas asistencias a las instituciones de salud pública. Esta situación se vuelve compleja si se la piensa desde la construcción conjunta de la intervención profesional, ya que no es posible la intervención sin el cara a cara.

Como derivado de este aspecto, a primera vista, se podría suponer que siendo la división sexual del trabajo un factor de importancia en la práctica social de los varones, la principal causa de inasistencia al Sistema de Salud se debe a la necesidad de cumplir con su trabajo asalariado. En este sentido, los discursos de varios de los varones entrevistados coinciden con que esto no es así:

“... para mí el primer punto por el cual hay guarismos diferentes en las salas no tiene que ver mucho ni porque este ocupado, ni por laburo, ni porque no esté tan enfermo sino porque lisa y llanamente no voy a, no me voy a hacer atender y yo no voy a ir ahí y aparte por esta pavada y que esto y lo otro. Y aparte yo siento que hay un poco de miedo en general” (Guillermo, 45 años)

“Y a veces por falta de tiempos y también ganas. No tengo muchas ganas de ir a un hospital y clavarme siete horas esperando.” (Hernán 21 años)

En estos discursos pueden visualizarse dos opiniones. Por un lado, hay varones que plantean que la mayor dificultad que encuentran ante la asistencia a los Servicios Sociales del sistema de Salud tiene que ver con los estereotipos de práctica social que instala la división sexual del trabajo, planteo que se viene desarrollando en este trabajo. Y por el otro, algunos varones lo atribuyen a la burocracia y saturación del sistema de salud público. Si bien se considera que ambas son razones válidas son los estereotipos de la división sexual del trabajo los más imperantes de acuerdo a lo trabajado en este trabajo.

3.1.2 LOS PROFESIONALES: PREINTERPRETACIONES Y DERIVACIONES

Otro de los actores que tienen incidencia en la construcción de una demanda en el Servicio Social del sistema de salud público son los profesionales del Trabajo Social. Su actitud profesional en el proceso puede resultar positiva o negativa de acuerdo a cómo se equilibre la escucha activa y la inclusión de la perspectiva del actor, entre otras cosas.

Asimismo, está implícita en la construcción de la demanda, la preinterpretación construida por otros profesionales de la salud acerca de los sujetos de intervención. Médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, y cualquier otra profesión mediante su

idiosincrasia profesional también hacen cuña en el proceso de construcción conjunta. Por lo que, al ser construido previo a la manifestación concreta de la demanda y durante la intervención en concreto, implica de fondo una valoración de la misma. Y como tal, incide en los imaginarios de los sujetos demandantes condicionando sus prácticas en el transcurso por el sistema de salud.

En la práctica institucional, hay muchas situaciones en las cuales los varones llegan al Servicio Social por derivación de otros profesionales que ante la situación de vulnerabilidad atravesada por los mismos, realizan la interconsulta profesional. En estos casos la construcción de la demanda destaca una característica particular que permite visualizar más fácilmente el juego que se da entre el saber y el poder de los profesionales en el proceso de intervención profesional y su incidencia en la acción de los y las sujetos. La determinación del objeto de intervención (que no siempre se condice con la demanda explicitada) es un proceso teórico-práctico sustentado en una matriz teórica y un instrumental metodológico que en la especialidad de la salud indudablemente requiere de un trabajo interdisciplinario:

“como para hacer un paso de transición a generar otras cosas, a generar la demanda, las políticas desde el punto de vista saludable. Un proyecto de trabajo con otras profesiones.” (Gloria, Trabajadora Social del campo de la salud)

Lo planteado por la Trabajadora Social es un aspecto fundamental de intervención en el campo de la salud. El abordaje interdisciplinario como estrategia para “hacer un paso de transición” y propender a generar cambios más profundos en la calidad de vida de las personas. Ésta necesidad se ha visto a lo largo de las prácticas pre-profesionales como un reclamo constante del colectivo profesional del Trabajo Social. Sumado también a la lucha por la ruptura de los estereotipos de la propia profesión y rompiendo con las perspectivas netamente asistencialistas.

Por otro lado, en muchas situaciones los varones, atravesados por las estructuras sociales machistas, no logran hacer explícita su demanda a los Servicios Sociales del Sistema Público de Salud. En estos casos es primordial que desde el Trabajo Social se acompañe en desnaturalizar las condiciones de vida de los sujetos de la intervención, con el fin de que la construcción de ésta comience a emerger. Para ello, el/la profesional debe

armarse de un arsenal de estrategias metodológicas e interventivas de forma que se pueda comprender en profundidad la situación planteada y encontrar plausibles acciones que tiendan a modificarlo. La entrevistada Gloria, Trabajadora Social del campo de la Salud, clarifica esto al plantear que la principal estrategia ante situaciones que impliquen a varones adultos es la de vincularse con la red familiar:

“Trabajar estos lugares en conjunto con otras disciplinas. Trabajar desde una mirada interdisciplinaria. Trabajar con el familiar que esté presente, para poder como te decía, yo trabajaba con la nuera o con la hija de, por ejemplo. Poder buscar hasta que lleguen esas situaciones, otros caminos”. (Gloria, Trabajadora Social del campo de la Salud)

En consecuencia se ha observado que en los Servicios Sociales del sistema de Salud Público es fundamental para la intervención profesional y la construcción conjunta de la demanda, el trabajo desde las trayectorias de vida de los sujetos. Éstas se refieren a las posiciones que los sujetos adquieren en un espacio en constante movimiento que es la vida cotidiana en nuestras sociedades, y la cual, por lo tanto, implica múltiples y constantes transformaciones (Lera et.al., 2007). Estrategia que cobra importante relevancia si se trata de varones en edad productiva ya que éstas, como plantean Arias y Comas (2002) *“permiten dar cuenta de aquellas situaciones en las cuales la historia de vida no estuvo signada por la carencia de recursos económicos pero sí por un progresivo desenganche relacional, la cual coloca en la situación de vulnerabilidad”* (Arias y Comas, 2002: 2). El uso de las trayectoria de vida como herramienta de intervención permite dar cuenta de la relación que existe entre la construcción de la demanda a nivel interno de los varones y cómo las múltiples situaciones de vulnerabilidad que han atravesado, inciden en ella. Para de ésta forma encontrar los *“otros caminos”* que plantea la profesional.

Asimismo, la mirada integral de las posiciones ocupadas por los varones en su vida permite observar la forma de desenvolvimiento de los sujetos en los diversos campos sociales y unificar una noción de las capacidades o capitales disponibles en ellos. Es un factor de suma importancia en la elaboración conjunta de la demanda y consecuentemente de la solución a ésta, ya que permite elaborar también, el propio reconocimiento de los sujetos en este proceso.

La estrategia de intervención profesional en la red de contención familiar es plausible de relación con lo trabajado en el capítulo anterior con respecto a los vínculos familiares de los varones entrevistados. Los varones que se acercaron por motus propio no presentaron una red familiar de contención muy arraigada, sino más bien debilitada en aquellas situaciones emergentes. Y la gran mayoría arribaba al Servicio Social derivado o de forma indirecta mediante algún familiar:

“... venían acompañados de... de la mujer. Sea hija, sea nuera. Quien sea.

Pero era la mujer la que canalizaba la primera inquietud”. (Gloria,

Trabajadora Social del campo de la Salud)

En este sentido, esta característica permite descifrar que es la mujer quien ante las situaciones de vulnerabilidad toma las riendas de la situación y despliega un cúmulo de recursos emocionales, y hasta incluso humanos (asiste al Servicio Social en nombre del varón) que favorecen la intervención profesional:

Asimismo, los varones han manifestado que es la mujer quien ha desarrollado mayor capacidad de reconocimiento de las problemáticas y quien se “anima” mayormente a solicitar la intervención. Como plantea el entrevistado Fernando:

“R: Porque la autogestión no alcanza. Ahí tiene que estar el ámbito social. Pero la persona no. Después la persona, digamos el hombre siempre en eso es más retraído que la mujer.

P: Mas retraído ¿En qué sentido?

R: Y de ir y pedir. Pedir ayuda

P: ¿Y por qué pasa esto?

R: Y una de las grandes cosas es el orgullo. Y otras sabe que en algunos lugares me van a anotar y que se yo. Y va a ser una estadística. La única forma de que salga de esta situación es el laburo.” (Fernando, 60 años)

Este discurso se puede relacionar rápidamente con las prácticas sociales que determinan la división sexual del trabajo en nuestra sociedad: es la mujer quien se encarga de todos los actos relacionados con los cuidados familiares, quedando relegado el varón de esta tarea, aún cuando el sujeto central de la demanda sea éste. Con esto no se quiere decir que es la mujer quien se impone sobre el varón relegándolo de la resolución de sus propias problemáticas sino que es ésta quien asume ese rol, suscrita a los mandatos

sociales de género de mujer cuidadora y varón proveedor económico. El varón por su socialización primaria es formado socialmente para no demostrar preocupaciones, para prescindir de los cuidados familiares, enseñado en su “orgullo” como plantea Fernando.

3.1.3 LAS INSTITUCIONES Y LAS POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD INCIDENCIAS EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE DEMANDAS

“A medida que el Estado moderno refinaba su control sobre la conducta de los individuos, también extendía su alcance a la población entera mediante nuevos mecanismos diseñados para regular las instituciones (escuelas, hospitales, asilos, fabricas, prisiones, cuarteles, familias, etc.)

... Basta una Mirada. Una Mirada que todo individuo... terminará interiorizando hasta convertirse en su propio supervisor.”

MICHEL FOUCAULT,

Vigilar y Castigar

En el proceso de construcción de las demandas las instituciones del sistema de salud y las Políticas Sociales, cumplen un rol fundamental. Sus prácticas e intervenciones penetran en las estructuras psíquicas de los sujetos enmarcando el pensamiento que se tenga de ellas. Por lo que pueden resultar obstaculizadoras o facilitadoras.

El Sistema de Salud público actual desde la intervención en lo social, se ve atravesado en la actualidad por una diversificación de problemáticas. Autores como Carballeda, Barberena, Belzitti y otros (2002) plantean que el modelo neoliberal ha dejado una marca en la intervención profesional en ésta área. La heterogeneidad (caracterizada por una alta precarización) en la población se traduce en la diversificación de problemáticas. A su vez la crisis del Estado Benefactor impacta en la subjetividad de los procesos sociales y por lo tanto en las prácticas.

En el caso estudiado, la escasez de Políticas Sociales en Salud apuntadas a la prevención de los varones en edad productiva es visible. Existe una reducción a políticas de asistencia inmediata en emergencias o urgencias. Esta es a la vez producto y reproductor de la división sexual del trabajo. En principio, las mujeres como madres son el principal foco de la asistencia con el nublado fin de otorgarles independencia y, por lo tanto, ejercicio de libertades. Sin embargo, dejan de fondo un control social sobre sus cuerpos y un moldeado de sus prácticas sociales. Esto reproduce su función social de

cuidadora y criadora de los niños y niñas y del hogar de la familia (Levín, Campostrini, Sosa y Voras, 2007). Se deja así, como fue planteado de forma preliminar anteriormente, un vacío en la intervención social con varones adultos. Razón que obstaculiza y dificulta la intervención profesional y transforma en costumbre la ausencia de demandas de los varones.

Los varones son una población que ha sido poco abordada en los requerimientos actuales de las políticas de prevención y promoción de la Salud exceptuando lo relacionado con intervenciones de urgencias y emergencias sociales. Al analizar las Políticas Sociales de salud actuales se pueden ver dos claras perspectivas según se piense en mujeres o en varones. En el caso de las primeras, en términos generales las políticas apuntan a la conformación de una mujer, madre, sana: promoción de la participación en crianzas democráticas, salud sexual y reproductiva, campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual apuntadas a las mujeres, controles ginecológicos periódicos, etc. En el caso de los varones, la existencia de políticas de promoción y prevención de la salud están íntimamente relacionadas con las enfermedades típicas de la tercera edad o producto del trabajo asalariado. Por lo que indefectiblemente se habla de una diferenciación de políticas según el sexo, aún cuando el varón también es padre y necesita de una salud sexual y reproductiva; y cuando la mujer es trabajadora y necesita de atención médica de urgencia.

3.1.3.A MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO E INTERVENCIÓN PROFESIONAL: EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN-CUIDADO DE LOS VARONES EN EDAD PRODUCTIVA.

Los varones en edad productiva atraviesan el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de forma singular, atravesados por las diversas características que fueron siendo desarrolladas en este trabajo. Las Políticas Sociales en Salud se conforman en un punto nodal tanto de la Intervención Profesional del Trabajo Social como de la construcción de las demandas.

En este sentido, las Políticas Sociales de Salud actuales, se caracterizan por estar apuntadas a la mujer-madre. Esto deja sin cobertura a los varones en edad productiva e

incide en el inconsciente colectivo de los grupos sociales, marcando una clara exclusión de los mismos. Debe sumarse que las diferencias al interior de este grupo social se ven signadas también por las desigualdades sociales. En este punto, se puede señalar una contradicción: Si bien el varón en la sociedad occidental actual se encuentra favorecido por su posición en el dividendo patriarcal³, son muchos los que se ven excluidos de múltiples recursos y beneficios de la sociedad (Faur, 2005 y Artiñano, 2015). Esto se debe a que en estos casos la condición de género se ve, también, atravesada por las dimensiones de clase. Razón por la cual podría inferirse, de acuerdo a lo expuesto, que los varones que se encuentran en una situación de vulnerabilidad quedan excluidos del acceso a ciertos recursos ya que es el propio sistema quien los excluye. Situación que resulta totalmente incompatible con los mandatos sociales de la Masculinidad Hegemónica.

Por otro lado, como fue introducido anteriormente, el Sistema de Salud público argentino aún cuenta con una perspectiva biologicista que se basa en un saber médico fundamentado en la dicotomía mente/cuerpo. Esto ha regulado una práctica médica fragmentada, individualista y despojada de una relación integral con las personas (Laurell, 1994). También niega que la práctica en salud se encuentre atravesada por una multiplicidad de procesos sociales, económico, políticos, ambientales, etc. Estas prácticas se conglomeran en lo que Menéndez (1985) plantea como el Modelo Médico Hegemónico⁴ (en adelante MMH). Ya que implica de fondo una interrelación de relaciones sociales humanas. Por lo tanto, no se puede obviar que el derecho a la Salud se ha convertido, como plantea Arango Panesso (2000), en un paradigma complejo de alcanzar pero no imposible.

³ Concepto desarrollado por Connell (1995) para explicar la posición favorable que la división sexual del trabajo social otorga al varón por su condición de género. Definido como: “*dividendo acumulado para los hombres, resultante del reparto desigual de los productos del trabajo social*” (Connell, 1995: 9).

⁴ El concepto de Modelo Médico Hegemónico fue desarrollado por Menéndez (1985). El autor define como caracteres dominantes “*su biologicismo, su ahistoricidad, su asociabilidad, su pragmatismo, su individualidad, su participacionismo subordinado, etc, que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un “ambiente natural”, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como pacientes*” (Menéndez, 1985, 57).

Por lo expuesto, la intervención profesional del Trabajo Social se ve atravesada por esta práctica aglomerada en el Modelo Médico Hegemónico, el cual en cierta forma se choca en diversos aspectos de la práctica cotidiana si no tenemos especial atención en ella. Profesionales entrevistados en las prácticas pre-profesionales han manifestado que en su intervención profesional el MMH se manifiesta no sólo en los profesionales si no también en los propios varones asistentes al Servicio Social, quienes desvalorizan las profesiones en las cuales tradicionalmente se ven mujeres (estas son enfermería, trabajo social, entre otras). Ha sido posible ver en las entrevistas realizadas como el MMH establece las reglas de juego y de circulación del poder al interior del Sistema de Salud. Principalmente como reducción del Sistema de Salud a la atención de las enfermedades y no como un interventor bio-psico-social.

“... pero yo creo que el tema social es un tema que los que manejan el tema tiene que focalizar más específicamente en la persona que en un estadística...” (Fernando, 60 años)

Fernando plantea su sensación al momento de haber atravesado el sistema de salud y específicamente el servicio social y cómo muchas veces con un simple lugar de escucha se promueve la mejora de la calidad de vida de las personas, rompiendo con lo que muchas veces circula en el ámbito de la Salud Pública que son las estadísticas y la distancia profesional-paciente.

En las entrevistas, los varones entrevistados también asociaron el Servicio Social con el “lugar donde se tramitan las cosas” o “se resuelven las cosas”.

“... entonces vos podés resolver algunos temas, no vas a poder resolver a todos pero algunos temas podés resolver.” (Fernando, 60 años)

“... mmm es algo, es alguien que ayuda en la documentaciones a un familiar.. No se... a la familia.” (Hernán, 21 años)

Asociar al Servicio Social a un espacio que reduce su actividad a las estadísticas, deja entrever que muchas personas atravesaron su paso por el mismo de ésta manera: con prácticas profesionales poco integrales, focalizadas y mecanizadas. Estas definiciones aparentes, deja entrever prejuicios y estigmas que la profesión ha venido arrastrando desde su creación, y que hoy en día sigue siendo reproducida por el MMH

tradicional, el cual no permite ver a la intervención en la salud de la población desde una perspectiva integral y global. Con esta postura no se pretende caer en la crítica cegada de la medicina tradicional. Son muchos los y las profesionales de la Salud que intervienen con una perspectiva integral, democrática y participativa del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Lo que se pretende es abogar por una intervención en la Salud de todos los profesionales que se caracterice por ser reflexiva y auto-reflexiva. Ya que es de esta forma que se propenderá a que el derecho a la Salud se garantice en más personas, y en particular de los varones en edad productiva, población estudiada en este trabajo.

A esta perspectiva reducida se le suma que los varones poseen escasa noción de lo que es la prevención en la salud. Es decir que existe un desconocimiento de los pilares fundantes de la Atención Primaria de la Salud⁵. Desde esta postura y observando las practicas en términos de Salud de ésta población, se visualiza que no se ha incorporado aún la visión integral de la Salud, la cual incorpora las problemáticas sociales a lo relacionado con la Salud en el total de la población y que no es acompañado por Políticas Sociales de promoción.

La perspectiva de la Atención Primaria de la Salud también propone como eje fundante de las Políticas saludables de los países adherentes, la especial atención en la prevención y promoción de la Salud. Por lo tanto, la inclusión de los varones en las Políticas Sociales indudablemente se encuentra relacionada con la perspectiva de género de las mismas. En este sentido, se puede inferir que es la división sexual del trabajo la que incide como cuña principal en la Salud de los varones en edad productiva en cuanto a la socialización para el autocuidado. Los aprendizajes de género obstaculizan el

⁵ En 1978 la OMS, OPS y UNICEF declararon en Kazajistán los pilares de lo que se dio en llamar la Atención Primaria de la Salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de la población. La Declaración de Alma Ata establece que es necesario la toma de decisiones por parte de los Estado adherentes relacionadas con acciones estatales, profesionales y sociales que favorezcan la salud de las personas. Allí determina que *“La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación.”* (OMS, Declaración de Alma Ata, 1978)

autocuidado y refuerzan las conductas de riesgo (Muñoz Franco, 2012) de los varones en edad productiva.

Retomando brevemente la cuestión del autocuidado, el desarrollo del mismo por parte de los varones adultos implica la *“Capacidad para decidir sobre su cuerpo y su salud física, mental y emocional en función de su desarrollo humano, como ser social, a partir de la reafirmación como persona, en la perspectiva de su crecimiento personal y de sus necesidades, conducentes a una toma de decisiones conscientes y permanentes”*. (Arango Panesso, 1992.). En este sentido la intervención profesional en el Sistema de Salud apunta a la construcción de ésta capacidad de autocuidado en los varones adultos, aún con las dificultades que la práctica cotidiana presenta. El discurso de Gloria resume claramente esta postura rígida de los varones ante la salud, las características que las Políticas Públicas reproducen en la práctica y las dificultades que traen a la intervención profesional:

“Yo creo que, además por lo que dicen, ellos cuidan la salud cuando ya están en una situación límite. No hay una cosa de cuidado... acá, aún lo veo en la parte clínica. Vienen porque tiene hipertensión, no es porque vienen a hacerse un chequeo para controlarse o porque en el trabajo le piden un control. No hay una cuestión de cuidado de la Salud y tampoco creo que desde las Políticas Sociales se propicien. Y esta cuestión de que el hombre es fuerte, el hombre es el que trabaja... Y por eso no son Políticas Sociales, las Políticas Públicas saludables, que no tiene que ver con lo instalado de la enfermedad si no que tiene que ver más con la cuestión de la prevención” (Gloria, Trabajadora Social del campo de la Salud).

El MMH en conjunto con las prácticas de género basadas en la división sexual del trabajo reducen las necesidades de los varones adultos a la atención de situaciones extremas generando una exclusión de éstos y relegando su única intervención en lo relacionado con la asistencia de salud en urgencias y emergencias. El discurso de la profesional citada anteriormente describe cómo es que el Modelo Masculino Hegemónico no sólo incide en los varones en sí, sino que funciona de forma tal que ordena las prácticas de diversos actores sociales y reproduce desigualdades.

A modo de cierre, son múltiples los factores que inciden en el proceso de construcción de una demanda a los Servicios Sociales en Salud: los actores involucrados, las estructuras sociales del Modelo Médico Hegemónico y el Modelo Masculino Hegemónico, las redes de contención familiares y sociales, etc. Atravesados también por las propias subjetividades e historias de vida de los sujetos. Todas en su conjunto constituyen facilitadores u obstaculizadores de la construcción conjunta de una demanda y de la posterior intervención profesional. Motivo que hace de vital importancia su profundización y su análisis.

APRECIACIONES FINALES

A lo largo del trabajo se ha podido dar cuenta de las situaciones de vulnerabilidad social singulares que atraviesan los varones en edad productiva a lo largo del proceso de construcción de demandas a los Servicios Sociales de Salud. Así como los obstáculos personales e institucionales que se atraviesan en este proceso, incluyendo a todos los actores involucrados: sujetos demandantes y sus familias, profesionales, instituciones y Políticas Sociales.

Como producto de lo trabajado en ésta investigación se derivan las siguientes apreciaciones finales:

En primera instancia se concluye que tanto la situación de vulnerabilidad social que atraviesan los varones en edad productiva como la propia concepción de masculinidad de éstos sujetos influyen transversalmente al momento de la construcción de una demanda a un Servicio Social del Sistema de Salud público.

En este sentido, la mayoría de los varones en edad productiva no asisten a los Servicios Sociales, sea con una demanda explícita o por derivación, por no romper con los estereotipos de género que funcionan como andamio de su masculinidad. Los mandatos de género se encuentran sumamente arraigados en las prácticas sociales cotidianas de éstos sujetos, generando grandes niveles de angustia y crisis en aquellas situaciones disruptivas.

Por otro lado, los varones en edad productiva se encuentran en situación de vulnerabilidad no sólo por su condición económica. La construcción de vínculos familiares y sociales basados en la división sexual del trabajo, profundiza su condición de vulnerabilidad ya que debilitan su red de contención ante las problemáticas de salud, dificultando el camino a recorrer en la construcción de demandas en pos de una intervención integral. Las estructuras de género tradicionales por su rigidez, obstaculizan la conformación de redes de contención familiar y social de los varones en situación de vulnerabilidad. Siendo un factor de vital importancia en el proceso de la construcción de demandas e intervención profesional del Servicio Social en Salud.

Asimismo, se ha podido visulizar una diferenciación en la socilización primaria de acuerdo a se sea mujer o varón. Siendo que las mujeres son atribuídas a los cuidados familiares y la promoción de la salud al interior de las mismas, los varones en edad productiva se ven desbordados en aquellas situaciones en las que deben cumplir ésta función, situación por la cual no cuentan con los recursos que posee la mujer al momento de sobre llevarla. Se podría inferir que son las mujeres de las familias quienes ante éstas situaciones toman un rol protagonico en la resolución del problema y en la intervención profesional del Trabajo Social.

Por otro lado, se ha trabajado en sta investigación acerca de las situaciones particulares en términos familiares y sociales que atraviesan los varones que efectivamente llegan a un Servicio Social del Sistema de Salud Público. En éste punto se ha podido dar cuenta de la importancia de las redes de contención familiares y sociales ante las situaciones de crisis o vulnerabilidad de éstos hombres. Los modelos masculinos son tan fuertes y están tan arraigados a las prácticas cotidianas de la sociedad que cualquier desvío, incumplimiento o cuestionamiento –cabe destacar que éstos son constantes, y nos suceden a todos y cada uno y una de nosotros- genera un nivel de angustia psíquica que obstaculiza el desenvolvimiento de la red como tal. Es decir, el Modelo Masculino Hegemónico, por una parte caracteriza a la red de contención de los varones en edad productiva brindándole particularidades como por ejemplo lo “permitido” y lo “no permitido” en términos de los cuidados familiares y los cuidados de sí mismo para el varón adulto. Por otro lado, condiciona el accionar cotidiano estableciendo como norte la aspiración al constante éxito por parte del varón para reafirmar su posición masculina.

Se observa que la heteronormatividad familiar sigue vigente, aún en aquellas familias en las cuales se dan instancias democráticas. El varón en edad productiva pose mucho que decir, compartir y exigir al Estado. Reclaman lugares de escucha, en especial cuando rompen con las estructuras patriarcales y asumen roles de cuidado. Por lo que no se trata de una incapacidad sino de una dificultad de reconocimiento de éstas.

En relación con la cuestión de los cuidados familiares y de la salud, se pudo ver que la red familiar de los varones en edad productiva, en particular aquel padre de

familia, ante situaciones inesperadas o vulneraciones, genera una reconfiguración interna de ésta división sexual del trabajo en su interior. No es que no cumpla su función de contención, sino que se reconfigura de forma tal que sea el varón quien por defecto de las funciones tradicionales asume el rol de cuidado cuando la mujer no lo hace. Ante esta situación se encuentra con que las Políticas Sociales apuntan al cuidado de los niños niñas y adolescentes através de la mujer-madre como principal referente de cuidado. Situación que genera exclusión de los varones del sistema de salud público, y estigmatizaciones y prejuicios.

Quedan como incógnitas si esto se debe a una falta de interés por esta población, o a que, como plantean algunos autores, la mujer madre es más dócil a las intervenciones profesionales que los varones. Aquí se ha planteado un esbozo acerca de las razones de la falta de participación del varón en las políticas sociales.

Se destaca, también, el poder de influencia del Modelo Médico Hegemónico tanto como el Modelo Masculino Hegemónico. La división sexual del trabajo como aspecto práctico del Modelo Médico Hegemónico, produce una reducción de la atención en salud de los varones a aquellas situaciones extremas, no construyendo una socialización en términos de la prevención y promoción de la salud. Por lo que, siendo el Servicio Social en Salud un área dónde sus principales objetivos es el trabajo con el autocuidado y la prevención y promoción de la salud, la ausencia de varones es característica.

Si bien éstos modelos han sido, y continúan siendo problematizados por la academia, las prácticas sociales de muchas personas continúan enmarcadas en actitudes biologicistas, ahistóricas, desintegradas, machistas y misóginas. Restan años de lucha por la igualdad de género y de acceso a los recursos de salud. Abogar por una equidad de género en el acceso a la atención en salud exige indudablemente comprender las necesidades y barreras existentes, desde la estructura social y del propio sistema de salud.

Si queremos pensar en un análisis desde la perspectiva de género de las Políticas Públicas de Salud debemos destacar el planteo de Pombo (2012) quien establece que *“el género no opera autónomamente como determinante de la salud, sino que lo hace en*

articulación con otros condicionantes de la estratificación social, entre los que se destacan la clase social, la etnia/raza y la edad” (Pombo, 2012: 6-7). Razón por la cual es necesario incorporar en los análisis y en las intervenciones también, la postura de que tanto el género como el campo de la salud en sí mismas, se encuentra atravesado por múltiples desigualdades, que los singulariza, lo caracterizan y lo complejizan. Ambos conceptos no se dan de forma aislada si no en conjunto con otros condicionantes.

Por consiguiente, existe una falta de Políticas Sociales de promoción y prevención de la Salud en términos integrales para varones en edad productiva, producto de la división sexual del trabajo y la heteronormatividad de funciones sociales. Las políticas Sociales de salud para éste recorte poblacional se encuentran apuntadas a la atención de emergencias y urgencias y no al fomento de la promoción y la prevención de salud. Poniendo éstas incógnitas en juego con las estructuras de género, se infiere que la división sexual del trabajo funciona como factor nodal de ésta desigualdad de Políticas y en la inequidad de géneros en términos de la Salud

La falta de Políticas Sociales apuntadas hacia los varones demarcan sus prácticas, siendo un factor central en la no asimilación de las problemáticas sociales atravesadas como propias. Es decir, al moldear y regular las prácticas sociales de los sujetos, la usencia de Políticas Sociales específicas deja a los sujetos involucrados sin el marco necesario para el reconocimiento de Derechos.

Por lo tanto, existe la necesidad de repensar las prácticas profesionales en cuanto a la creación de recursos de intervención para esta población en el ámbito de la Salud. Así como profundizar las investigaciones que den cuenta de las problemáticas, inquietudes, preocupaciones, demandas etc de los varones en edad productiva. Situación que permitiría su inclusión y participación en los procesos de su propia salud y la de sus familias. Asimismo, pensar en Políticas de Salud integrales y acordes a las necesidades de estos varones permitiría romper con los estereotipos de generos que reducen la función social de mujeres a la crianza y el cuidado del otro/a favoreciendo a la equidad de genero en la salud.

En este sentido se concluye que la diferencia inter e intra sexo en la utilización de los servicios de salud no se debe a que un mayor consumo de los servicios de salud

significa mayor privilegio social, si no todo lo contrario. La diferenciación se debe a componentes externos: componentes sociales. En el caso de los varones el patrón de socialización respecto al reconocimiento de la salud que plantea Gómez Elsa (2002) adquiere una característica particular bajo el Modelo Masculino Hegemónico.

Por lo que es sumamente necesario que como profesionales de la Salud profundicemos en las desigualdades existentes al interior de cada género ya que es desde allí que radican las diferentes necesidades y problemáticas, con el fin de aportar a la construcción de nuevas Políticas Públicas que las aborden de manera integral. Asimismo, será preciso que en ésta elaboración se tenga una perspectiva de la Salud que incorpore éstas desigualdades inter e intra género, de forma tal que reconozca a todos y todas los sujetos como existentes y con capacidad de ejercicio de sus derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- AMADASI, Enrique y FASSIO, Adriana. (1997) “Resolviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: El caso de la Vulnerabilidad en la Tercer Edad” en *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, N° 3 y 4, Buenos Aires.
- ARANGO PANESSO Y. (1992) “*Memorias Mujer, Salud y Autocuidado*”. Grupo de trabajo. OPS.
- ARANGO PANESSO Y., (2000) “*Autocuidado de la salud: reflexiones desde los aportes de género*”. Primer Simposio Internacional de Salud y Género Sociedad Cubana de Medicina Familiar Santiago de Cuba, 25-28 de octubre.
- ARIAS, R. y COMA, C. (2002) “*La clínica de lo Social*”. Edición N°25
- BARG, L., (2003) “*Los Vínculos familiares*”, Editorial Espacio, Buenos Aires.
- BARKER, G. y GREEN, M. E. (2011) “¿Qué tienen que ver los hombres con esto?: Reflexiones sobre la inclusión de los hombres y las masculinidades en las políticas públicas para promover la equidad de género” En: Aguayo, F. y Sadler, M. “*Masculinidades y Políticas Públicas: Involucrando Hombres en la equidad de género*” Universidad de Chile- Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Antropología
- BOURDIEU, P. (1994) “El espíritu de familia”. En: Bourdieu P. “*Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*”. Barcelona. Editorial Anagrama
- CAZZANIGA, S. (2009) “*Intervención en Trabajo Social*”, Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), (2002) “Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas”. (LC/G.2170 (SES. 29/16)), Brasilia.
- CONNELL, R. (1995) “La organización social de la masculinidad”. En: *Masculinidades*. University of California Press, Berkeley.
- DE JONG, E. y otros, “*Familia: representaciones y significados. Cap 2: Familia y representaciones: el desafío de pensar las diferencias*”, Bs. As., Espacio Editorial, 2010.

- FAUR, E. (2005) “Masculinidades y familias”. En: Di Marco, G. Altschul, M., Brener, A., Mendez, S. *Democratización de las familias*, UNICEF, Buenos Aires.
- FOUCAULT, M. (1996) “*Hermenéutica del sujeto*” La Plata, Editorial Altamira
- GÓMEZ GÓMEZ, E. (2002) “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica” En *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 11 no. 5-Washington.
- GUBER, R. (1992) “*El salvaje metropolitano*”, Buenos Aires. Editorial Legasa.
- KAUFFMAN M. (1994) “*Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres*” (versión en castellano) en *Thorizing Masculinities*, Thousand Oaks, Sage Publications, pp. 142-165
- LAMAS, M. (2007) “*El género es cultura*” en: *Campus de Cooperación Cultural Euroamericano*.
- LAURELL, A. (1994) “*Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad*” disponible en: www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-043.pdf
- LERA C, GENOLET, A., ROCHA, V., SCHOENFELD, Z., GUERRIERA, L. y BOLCATTO, S. (2007) “*Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales de Trabajo Social*” En: *Revista Cátedra Paralela* N°4.
- LEVIN, CAMPOSTRINI, SOSA y VORAS: “*La política de género de las políticas públicas en argentina*”. En: Gamundi y Levin comp. “*Entre la familia y el Trabajo: Relaciones, conflictos y políticas de genero en Europa y América Latina*”, Homo Sapiens Ediciones, Buenos Aires.
- MARTINEZ BENLLOCH, I. (2003) “*Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres*” En: *Anuario de Psicología*, vol. 34, N°2, 253-266. Facultat de Psicología, Universitat de Barcelona.
- MENÉNDEZ, E. (1985): “*Modelo Médico Hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*” En *Cuadernos Médicos Sociales* N°33. Rosario, CESS.

- MUÑOZ FRANCO, N. (2012) “Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico”. En *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad* 2 (2), 6-26 Revisiones. Universidad de Antioquia, Colombia, noviembre.
- POMBO, M. G. (2012) “Inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género.” Trabajo presentado en las II Jornadas de Residentes de Servicio Social: XXI años de residencia. “Análisis de los procesos de atención de la salud y formación profesional”. 25 y 26 de Abril de 2012. Facultad de Ciencias Sociales UBA.
- POMBO, M. G. (2010) “El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado desde la perspectiva de las mujeres del Barrio Charrúa: desigualdades y resistencias en el ámbito de la domesticidad y la reproducción” En *Prácticas de Oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, N°6, agosto 2010.
- SCOTT (1990) “El género una categoría útil para el análisis histórico” En: “*Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*”, Edicions Alfons el Magnanim, Institució Valencina d Estudis i Investigació.
- SIRVENT, M. T. (2007) “*El proceso de Investigación*”. Ficha de Cátedra, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- TAJER, D. (2004) "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud" En: “*Políticas Públicas, Mujer y Salu.*” Ediciones Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia. Páginas 27 a 39.
- TRAVI, B. (2004) “La investigación diagnóstica en Trabajo Social: la construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional” En: Escalada, M. y otros “*El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional*” Espacio Editorial. Buenos Aires.

Bibliografía Consultada:

- VAL, A., CONTI, P., VASELLO, L. (1999) “Servicio Social” En: Mazzáfero V. y colaboradores “*Medicina y Salud Pública*” Editorial Eudeba. Buenos Aires.

- FRÍAS, H. (s/f) *“A la salud de ellos, por salud física y mental de ellas”* disponible en http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0070.pdf
- BONINO, L. (2001) *“Salud, varones y masculinidad” Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de salud en Europa*, Madrid: MAS Instituto de la mujer.
- JELÍN, E. (2010) *“Pan y afectos: la transformación de las familias”* Fondo de Cultura Económica, 2da Ed. Buenos Aires.
- TORRADO, S. (2003) *“Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)”* Ediciones de la Flor. Buenos Aires.
- LAURELL, A. C. (1981) *“La Salud-Enfermedad como proceso social” Cuadernos Médico Sociales N°19 – Enero 1982*
- *El Aluvión ...en Santiago* – Revista de Trabajo Social de la Agrupación Lucía Cullen – Junio 2010 Año 2 N°3 *“Al Gran Pueblo Argentino, Salud...!: El sistema sanitario en la Argentina Historia y Actualidad”*
- *Encrucijadas* - Revista de la Universidad de Buenos Aires – Noviembre 2009 N° 48 *“Marginaciones Sociales”*
- AUYERO, J. (2013) *“Pacientes del Estado”* Editorial Eudeba- Buenos Aires.

ANEXO

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIÓN	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADORES	
Situación de Vulnerabilidad Social	Económica	--	Situación laboral	--	Ocupado	
				--	Desempleado	
				--	Inactivo	
				--	Jubilado	
	Relacional	Red familiar/vínculos familiares	Tipo de vínculo	--	Fuerte/cercano/Cotidiano	
				--	Débil / Ocasional	
				--	Sin vínculo	
		Red Social	Instituciones estatales	--	Usuario constante de recursos	
				--	Poco uso de los recursos	
				--	Sin vínculo	
				Organizaciones de la sociedad civil	--	Con participación activa
					--	Con poca participación
	Habitacional	Situación habitacional	--	--	Situación de calle	
				--	Hogar	
				--	Pensión u hotel familiar	
--				Alquiler de habitación en casa de familia		
--				Alquiler		
--				Vivienda Propia o familiar		
Concepción de masculinidad	Como construcción relacional	Rol familiar	Sobre cuidados familiares en el Proceso de Salud-enfermedad-atenciones	--	Rol activo	
				--	Rol derivado en otras personas de la familia	
			--	Compartida		

“La concepción de Masculinidad en varones en edad productiva en el proceso de construcción de demandas en salud”

Informe de Investigación Final – Carrera de trabajo Social – Facultad de Ciencias Social - UBA

			Sobre la toma de decisiones	--	Las toma/tomaba él	
				--	Las toma/tomaba su pareja	
				--	Compartida	
			Sobre las tareas cotidianas del hogar/vivienda	--	Solo aquellos relacionados con el mantenimiento del hogar	
				--	Los realiza/realizaba su pareja u otro integrante de la familia	
				--	Las realiza en conjunto	
			Sobre los Ingresos económicos	--	Proveedor	
				--	Igualitario	
				--	Mantenido	
				--	Autónomo	
			Rol Social	Frente a las mujeres	--	Posición Dominante
					--	Posición Subordinada
		--			Posición Igualitaria	
		Frente a otros varones		--	Posición Dominante	
				--	Posición Subordinada	
				--	Posición Igualitaria	
	Cultural	Como imaginario social	Percepción de la masculinidad	--	Hegemónica	
				--	Subordinada	
				--	Marginal	
				--	Cómplice	
Construcción de Demanda	Personal	Clase de Demanda	Profundidad	--	Explícita	
				--	Implícita	
		Tipo de demanda	--	Por gestión burocrática		
			--	Por consulta acerca de su propio estado físico		
			--	Por consulta de estado físico de familiar o conocido/a		
			--	Por consulta en el general		
		--	Otro			

“La concepción de Masculinidad en varones en edad productiva en el proceso de construcción de demandas en salud”

Informe de Investigación Final – Carrera de trabajo Social – Facultad de Ciencias Social -
UBA

		Actitud frente a la Intervención		--	Activa		
				--	Pasiva		
	Institucional	Políticas Sociales	Perspectiva de género		--	Existen políticas específicas para varones	
					--	No existen políticas específicas para varones	
		Intervención profesional	Perspectiva de Género		--	¿Interviene con perspectiva de género?	
					--	¿Considera importante incorporarla como eje de intervención?	
			Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado	Perspectiva hacia los varones		--	¿Toman posición active?
						--	¿Toman posición pasiva?
				Modelo Médico Hegemónico		--	Incide totalmente
						--	Incide en bajo nivel
			--	No incide en la intervención			