

La idea central de este artículo es mostrar el nivel de conocimientos, los mitos y actitudes de migrantes que laboran o han laborado en Estados Unidos y analizar cómo ha impactado su trabajo en la Unión Americana en términos de su salud reproductiva y sexual.

PALABRAS CLAVE: Migración internacional, salud sexual y reproductiva.

Salud reproductiva entre migrantes de Tijuana, Baja California-S

The main idea of this article is to present the knowledge level, attitudes and myths of Mexican migrants that work or have been working in the U.S.A., and analyze the way in which their work in the United States have impacted to the migrants in terms of sexual and reproductive health.

Key Words: International migration, reproductive and sexual health.

Salud reproductiva entre migrantes de Tijuana, Baja California

Salud reproductiva entre migrantes de Tijuana, Baja California

Germán Vega Briones¹

¹Profesor-investigador de El Colegio de la Frontera Norte en Tijuana.
Correo: gvega@colef.mx.

Fecha de recepción: 11 de febrero de 2008
Fecha de aceptación: 02 de junio de 2008

Introducción

En este trabajo discutimos, basados en material estadístico y en un total de 40 entrevistas efectuadas durante 2005 en distintas colonias de la ciudad de *Tijuana*, cuáles son las percepciones, actitudes y comportamientos de los varones migrantes de esta ciudad de la frontera norte acerca del uso del condón, la práctica de la vasectomía y los chequeos de la próstata. Quisiera indicar que aunque sólo se efectuaron 40 entrevistas, el material recopilado permite tener una idea bastante aproximada sobre esta triple cuestión de salud de los varones tijuanaenses. De las 40 entrevistas, intentamos recoger testimonios de diferentes sectores de la población, tales como obreros de maquila, albañiles, comerciantes, empleados de limpieza, peluqueros, choferes y empleados que contaban con mayores niveles de educación formal. Nos interesa discutir si la experiencia laboral y cultural en EU está haciendo más abiertos y cooperativos a los varones en la división del trabajo doméstico, el cuidado de los hijos, el uso de condones, los chequeos de próstata y la práctica de la vasectomía.

El asunto a investigar es justamente cómo está repercutiendo este proceso al interior de las familias, y de qué manera tanto el capital social de los migrantes como los constreñimientos de género están influyendo en la decisión o decisiones de migrar.

Salud reproductiva entre migrantes de Tijuana, Baja California

En un trabajo ahora clásico: *America Now: The Anthropology of a Changing Culture*, el antropólogo norteamericano Marvin Harris (1985), creador de la denominada escuela del “materialismo cultural”, intentó dar respuesta a interrogantes, aparentemente poco conectadas, como la relación que guardan entre sí la inflación y el aumento del número de homosexuales, el incremento de las tasas de divorcio y la mala calidad de los bienes de consumo, la liberación de la mujer y los índices crecientes de delincuencia urbana, la pro-

liferación de cultos estafalarios y la multiplicación de vendedores groseros y poco serviciales. Aunque Harris (1985) enfocó su mirada hacia el caso de EU, uno podría hacerse las mismas preguntas para el caso del México contemporáneo, y en particular de la frontera norte. Una de las cuestiones más fascinantes del trabajo de Harris (1985) es la vinculación que este autor establece entre el empleo femenino, la liberación de las mujeres y, sobre todo, la actitud que históricamente asumieron los hombres ante la participación laboral de las mujeres. Harris (1985) argumenta que fueron justamente los varones los que más se oponían al trabajo femenino, aduciendo que ello representaría el fin de la institución de la familia, este autor también señala que parte de la reacción de los varones tuvo que ver con el hecho de que la participación laboral femenina atentaba justamente contra los privilegios de los varones respecto al trabajo doméstico, el cuidado de los hijos, y el poder que los hombres ejercían sobre las mujeres a partir de ser básicamente éstos los que fungían como principales proveedores económicos. En otro trabajo también ya clásico: *A Treatise on the Family*, Gary S. Becker (1981) planteó cuestionamientos y afirmaciones que suelen incomodar a mucha gente, particularmente por la manera como éstas fueron expuestas por este autor. Así, por ejemplo, Becker (1981) en el desarrollo de su concepción sobre los “mercados matrimoniales”, sostiene que los matrimonios poco tienen que ver con asuntos de romanticismo y que se trata más bien de intercambios (de bienes o de “capital humano” en la terminología de Becker) en los que los novios tratan de maximizar sus ganancias. La explicación de Becker (1981) incluye cuestiones como el número de hijos y el empleo femenino. De hecho, para Becker las parejas determinan el número de hijos que desean tener basadas en cálculos de costo/beneficio, y postula que la cantidad de hijos está supeditada al tipo de empleo, remuneración y tiempo disponible para atender a los vástagos. Es, inclusive, esta cuestión de la disponibilidad de tiempo que Becker (1981) da como razón central respecto al número de hijos que las parejas deciden tener y no en la disponibilidad de medidas de planificación familiar, como algunos académicos suelen asumir. De aquí deriva

su idea de que el tipo de empleos al que se integran las mujeres tiene mucho que ver con el tiempo disponible para atender a los hijos y con cálculos de costos de educación y tiempo libre. Becker (1981) establece que son justamente los altos costos de educación de los hijos, incluidos manutención y escolaridad formal, los que definen y/o limitan la participación laboral de las mujeres. Aunque pudiéramos estar en desacuerdo con este autor, sin embargo, sus ideas no dejan de ser interesantes al intentar explicar la participación laboral femenina (tanto en México como en Estados Unidos) y las actitudes, percepciones e incluso el rechazo de algunos varones al empleo femenino. Por otra parte, recientemente autores como Nock (1998) han afirmado que el matrimonio tiene diferentes sentidos y efectos para hombres y mujeres, esto se deriva de una definición cultural de lo que el matrimonio significa tanto para los varones como para las mujeres. Este autor indica que los beneficios del matrimonio son bien conocidos: las personas casadas son generalmente más sanas, son más longevas, tienen mejor actitud mental y mejor vida sexual, y son más felices que aquellos que no están casados. Además, las personas casadas tienen las tasas más bajas de suicidios, de accidentes fatales, de enfermedades crónicas, de alcoholismo y depresión con respecto a aquellas personas no casadas.

Por otro lado, en el caso concreto de algunas ciudades fronterizas, recientemente autores como Newby (1999) han señalado que se ha prestado poca atención a la compleja red de interacciones sociales que tiene lugar en el área fronteriza entre México y Estados Unidos. Esta autora propone que la frontera juega un rol mucho más complejo que solamente constituir una línea fronteriza. Para algunas personas que esta autora entrevistó, la frontera representa algo psicológico que dividía lo nuevo de lo viejo, lo conocido de lo desconocido. La frontera también representó y proveyó a esas personas entrevistas de oportunidades que éstas no hubieran podido encontrar en el interior de México. Luego, el panorama contemporáneo sobre la migración mexicana nos muestra una complejidad y heterogeneidad nunca antes prevista, en la que se están incorporando comunidades que carecían de tradición migratoria. Poblaciones de estados

como Veracruz, Chiapas, Puebla, Hidalgo, Quintana Roo, etcétera, se están agregando al complejo proceso migratorio en la medida en que no han visto mejorar sus condiciones de vida. También los lugares de destino en EU, se han estado ampliando hacia estados como Georgia, Louisiana, Oklahoma, Nevada, Arkansas, New York, etcétera (Hernández-León y Zúñiga, 2000; Canales, 2000). Habría que preguntarse, sin embargo, qué es lo que va a suceder con los migrantes cuando cambien las condiciones de los mercados de trabajo en México, pero sobre todo en EU (Canales, 2000), o qué va a pasar en regiones como Los Altos de Jalisco, donde la población de esta región del Centro/Occidente de México aún concibe la migración como “la profesión de hacer dólares” (Vega, 1994). Autores como Espinosa (1998) indican que el endurecimiento de la vigilancia en la frontera, lejos de desalentar la migración ha obligado a los migrantes a prolongar por más tiempo sus viajes y retardar el retorno, asimismo ha propiciado un proceso migratorio interno en EU hacia otros estados menos saturados de mano de obra migrante. En términos generales, la gran mayoría de los trabajos recientes sobre migración internacional de población mexicana hacia Estados Unidos muestran que en años recientes los migrantes, en forma creciente, se han estado trasladando hacia diferentes destinos urbanos en EU y ellos mismos son, en porcentajes considerables, de origen urbano. Lozano, (2002) ha mostrado, sin embargo, que este patrón migratorio internacional ya no es predominante, y que la evidencia demográfica muestra que nuevamente se está haciendo relevante el patrón migratorio: rural-rural. A pesar de este señalamiento, hoy en día, los migrantes tienden a permanecer de manera más estable y permanente en ese país, particularmente a partir de la implementación de la Ley Simpson-Rodino de 1986, que permitió a muchos migrantes legalizar su estancia en EU y facilitó que esposas e hijos se hayan podido reunificar con ellos (Roberts, Bean y Lozano, 1999). Por otro lado, vale la pena llamar la atención acerca del efecto que ha tenido, sobre el proceso migratorio, el incremento en la vigilancia fronteriza por parte de Estados Unidos, a partir de 1994. Tanto Alonso (2001) como Cornelius (2001) han mostrado que, para controlar

las entradas ilegales por la frontera, Estados Unidos inició una serie de operativos entre los que destaca “Operation Gatekeeper”, operativo implementado a partir de 1994 en la frontera entre California y Baja California, y que entre otras cosas ha venido a incrementar las muertes entre la población que fallece en su intento por lograr el “sueño americano” (se trata fundamentalmente de población indocumentada que muere al intentar cruzar el desierto de California y Arizona, tanto por hipotermia como por deshidratación). Lamentablemente ninguno de los autores diferencia las estadísticas que presentan por sexo, por tanto no es posible distinguir cuántas de estas muertes corresponden a mujeres y/o jóvenes que han fallecido en su intento por realizar el “sueño americano”. Sin embargo, los peligros de la frontera no han hecho disminuir el cruce por estas áreas de mujeres y menores de edad, como lo atestiguan diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales, incluido el DIF. Esta institución, incluso, ha expresado que en las diferentes ciudades donde ellos auxilian a los migrantes se ha hecho imposible contar con camas y alimentos para todos los menores que diariamente intentan cruzar hacia Estados Unidos, lo mismo fue expresado por YMCA, el Ejército de Salvación, la Casa del Migrante y la Casa de la Madre Assunta, todas ellas ONG dedicadas a auxiliar a la población que intenta cruzar hacia EU o que ha sido rechazada en este intento.

Este asunto de la migración nos lleva a reflexionar sobre el denominado fenómeno de la globalización y, en concreto, cómo este proceso está cobrando expresión en la experiencia migratoria internacional. Al respecto, Giddens (1998) señala que el fenómeno de “la globalización no es sólo, ni principalmente, interdependencia económica, sino la transformación del tiempo y del espacio en nuestras vidas. Acontecimientos lejanos, económicos o no, nos afectan más directamente e inmediatamente que nunca. A la inversa, las decisiones que tomamos como individuos tienen, con frecuencia, implicaciones globales. Los hábitos dietéticos de los individuos —indica Giddens— tienen consecuencias para los productores de alimentos, que pueden vivir al otro lado del mundo”. Este autor subraya que el fenómeno de la globalización es una compleja serie de procesos,

impulsados por una amalgama de factores políticos y económicos. “La globalización también presiona lateralmente, creando nuevas regiones económicas y culturales que a veces traspasan las fronteras nacionales... La soberanía ya no es una cuestión absoluta, si es que alguna vez lo fue: las fronteras se están volviendo mas borrosas...”. “Se habla con frecuencia de la globalización como si fuera una fuerza de la naturaleza, pero no lo es. Estados, empresas y otros grupos han promovido activamente su avance. Gran parte de la investigación que ayudo a crear la comunicación por satélite fue sufragada por gobiernos, al igual que, mas recientemente, lo fueron las primeras fases de lo que ha resultado ser Internet”. La globalización, en suma, está transformando la vida diaria, especialmente en los países desarrollados; a la vez que crea nuevos sistemas y fuerzas transnacionales, está también transformando las instituciones de las sociedades en que vivimos. Partimos del supuesto de que tanto la solidaridad como el conflicto predominan al interior de los hogares o familias, y que el estudio de estas dos dimensiones permite un mejor entendimiento de los cambios que ocurren entre los grupos domésticos y los individuos que conforman éstos, estén o no unidos por lazos de parentesco. Partimos también del supuesto de que como resultado de la construcción social de la identidad de género, hombres y mujeres pertenecientes a la misma unidad doméstica o familia tienen diferentes percepciones y actitudes ante cuestiones como el empleo, la migración, la división del trabajo doméstico, etcétera. Suponemos, además, que no todas las opiniones de los distintos miembros de la familia tienen igual peso, y que el poder dentro de éstas se encuentra desigualmente distribuido dependiendo de la edad y las jerarquías de género en general.

Salud reproductiva

En un texto publicado recientemente sobre Varones, sexualidad y reproducción (Lerner et al., 1998) se subraya, en la introducción, que los distintos programas de planificación familiar han relegado al varón, al otorgarle a las mujeres el poder de decisión en torno a la

procreación y anticoncepción, aunque se reconoce que en este proceso han influido tanto la percepción médica de dichos programas, así como algunos componentes de tipo cultural en los que han estado presentes representaciones simbólicas de la visión del mundo de los varones, tradicionales detentadores del poder. Se subraya, también, en este texto, la importancia de incorporar el concepto de género, como categoría relacional, las condiciones de desigualdad social y genérica, y las relaciones de poder entre hombres y mujeres para poder entender algunas prácticas sexuales y los programas de planificación familiar. Se reconoce, también, que el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la fecundidad y las modalidades de conformación familiar y migratoria imponen, a su vez, nuevas y diferentes posibilidades en los comportamientos de los hombres y las mujeres a lo largo de su vida reproductiva (Lerner et al., 1998). Dos de los artículos de dicho texto son de enorme importancia para este trabajo, dado que uno de ellos trata el asunto de los condones y, otro, la práctica de la vasectomía. En el artículo de Arias y Rodríguez (1998) sobre el uso del condón, se arriba a las siguientes conclusiones: en el nivel de los grupos entrevistados no se encontraron modificaciones en los valores tradicionales respecto a la sexualidad masculina y su doble moral. La protección del usuario del condón respecto al embarazo no deseado y a las enfermedades de transmisión sexual (incluido el sida) puede considerarse como relativa, ya que el condón no se usa en forma sistemática, básicamente porque el valor de lo que es lo masculino está fuertemente vinculado a la valoración de asumir riesgos y no desperdiciar oportunidades en materia sexual. Arias y Rodríguez (1998) señalan que la significación que se atribuye al condón presenta un claro dualismo. En el contexto del sexo ocasional es visto como protección contra enfermedades, mientras que respecto a la pareja estable se le concibe como un método de planificación familiar. Estas autoras señalan, también, que es significativo que en ninguno de los grupos focales que ellas estudiaron se mencionara el amor como un elemento relevante respecto a sus relaciones sexuales. Para estas autoras mencionar el amor constituiría una forma de apertura que los varones no podrían permitirse,

ya que exponerlo ante un grupo de hombres implicaría debilidad al mostrarse como incompletos y necesitados.

En el trabajo de Castro Morales (1998), acerca de la vasectomía sin bisturí, se reportan como conclusiones que las actitudes de los varones estudiados muestran que muchos de los estereotipos que se reiteran acerca de los hombres no tienen fundamento. Esta autora encontró que la no participación de la vasectomía puede obedecer a diversas razones, entre las que resaltan en orden de importancia: posturas o pensamientos machistas, concepciones acerca de la hombría, la virilidad o potencia sexual, o bien un desconocimiento de la existencia de las ventajas de este método. Castro Morales (1998) indica que la participación de los hombres vasectomizados en la regulación de la fecundidad parece ser, más bien, resultado de un acuerdo o negociación en la pareja, y no sólo producto de una conducta asumida por el hombre y secundada sólo por la mujer. Esta autora señala que la participación de los varones en la vasectomía obedece, también, a inquietudes relacionadas con la salud física y emocional de la pareja y de la familia, y que ésta se relaciona, en una buena parte, con la insatisfacción en el uso de métodos anticonceptivos por parte de algunas mujeres. Castro Morales (1998) llama la atención sobre el hecho de que la situación económica es un elemento importante que entra en juego en la toma de decisiones del varón, que lo lleva a optar por una intervención definitiva para regular su fecundidad. Otra estudiosa del tema, Graciela Infesta Domínguez (1998), afirma que la diferencia entre lo masculino y lo femenino está siempre contextualmente definida, construida históricamente, y toma lugar en diferentes esferas macro y micro, tales como el Estado, el mercado de trabajo, la escuela, los medios de comunicación, el ámbito jurídico, la familia y los hogares, y las relaciones interpersonales. En este sentido, Graciela Infesta Domínguez (1998) subraya que los resultados de algunas investigaciones muestran, en relación al uso de métodos anticonceptivos, que un mismo hombre puede tener simultáneamente comportamientos diferentes dependiendo del tipo de vínculo que tenga con sus parejas sexuales y de las pautas culturales dominantes en la sociedad. Esta autora concluye afirmando

que la paternidad debe analizarse en el contexto de un momento determinado de la vida de la persona, de la familia y, por lo tanto, de la relación de pareja; es decir, las personas no tienen actitudes o conductas atemporales.

Gutmann (1996) encontró en su estudio etnográfico de la ciudad de México que el adulterio sigue siendo percibido como resultado de que los hombres tienen “necesidades especiales”, aunque este autor encontró, también, que el adulterio está cobrando importancia entre las mujeres. Es interesante llamar la atención sobre este asunto porque uno de los reclamos típicos de algunos varones tijuanaenses es que, “ahora que las mujeres trabajan, tanto en las maquiladoras como en Estados Unidos, no sólo son más gritonas, sino que también se van con sus amigas a tomar algunos tragos, a bailar y probablemente hasta tener algún encuentro de tipo sexual con otros hombres. Antes, cuando las mujeres no trabajaban no se veía nada de eso”. Es importante llamar la atención sobre este fenómeno, debido a los riesgos de transmisión de enfermedades sexuales que dichas prácticas pudieran implicar. A pesar de la existencia de una doble moral, el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual no es ya algo exclusivo de los hombres, sino también de las mujeres. Me parece que lo que está en el centro del debate son las posibilidades de cambio que se están dando entre hombres y mujeres respecto a sus prácticas sexuales (el derecho al uso de sus cuerpos) y de salud en general. Por otro lado, el asunto no sólo se reduce a denunciar las asimetrías de poder entre los géneros, temas como la manera en que se decide y quién decide la cuestión de la salud reproductiva y la salud sexual es de suma importancia porque rebasa las fronteras de las decisiones individuales y porque decisiones de políticas públicas de salud que son tomadas no necesariamente parten de una consulta a la población en general, es decir, no son necesariamente democráticas. En este sentido, el entreveramiento de condicionantes culturales y económicas (de pertenencia a determinada clase, por ejemplo) limita o posibilita la apertura o no de los varones hacia determinadas prácticas de salud sexual. Sin embargo, aún se tiene una idea bastante estereotipada del rechazo de los varones hacia el

uso, por ejemplo, de condones por el supuesto de que éste reduce el placer, o que los hombres no desean practicarse la vasectomía porque pudieran perder su virilidad. Además, se suele pensar que los varones no acuden al médico a chequear su próstata por razones de machismo, porque es tabú entre la población masculina que otros hombres exploren sus anos. Creo que las cosas están cambiando y que necesitamos saber más de cómo opera este “tabú” y describir y descubrir qué están haciendo los hombres en sus vidas cotidianas para atender este tipo de asuntos sexuales. Por otro lado, las críticas feministas más fuertes sobre las políticas de salud reproductiva tienen que ver con el cuestionamiento sobre los derechos de las personas a ser propietarias de sus cuerpos, señalan que muchas de estas políticas de salud son elaboradas por varones o grupos sociales que no necesariamente conocen las necesidades, deseos y problemáticas de hombres y mujeres de sectores populares. Además, existe el cuestionamiento de que mucha de la información que se recaba tiene la impronta de los varones que, como se mencionó, no necesariamente responde a las expectativas de las mujeres. En uno de los trabajos más críticos al respecto, Hill Collins (1991) indica que los grupos que están en el poder, en este caso los hacedores de las políticas de salud reproductiva, suelen silenciar las voces de aquellos que no tienen acceso a los mecanismos de poder: minorías, mujeres, obreros, adolescentes, etcétera. Bell Hooks (1989) va más allá y comenta que en muchas ocasiones la falta de diálogo entre hombres y mujeres no se da porque ésta pudiera resultar subversiva para los grupos que están en el poder, y que la implementación de un diálogo “humanizado” constituye un mecanismo que desafía y ofrece resistencia a las formas de dominación que suelen tener los hacedores de las políticas de salud. Habría que decir, sin embargo, que este diálogo se está iniciando no sólo con los hacedores de políticas de salud, sino, y principalmente, entre hombres y mujeres en la vida cotidiana. Obviamente no sólo hay diálogo, también son comunes las fricciones, dominación y resistencias entre hombres y mujeres.

En un estudio sobre mujeres hispanas que cruzan a Estados Unidos para recibir cuidado materno, Wallace y Fullerton (1996) en-

contraron que de 587 mujeres que acudieron a los hospitales del condado de San Diego, éstas eran muy jóvenes, la mayoría no hablaba inglés y vivían en condiciones de pobreza. Catorce por ciento de éstas afirmaron que cruzaron hacia Estados Unidos para recibir servicios de salud reproductiva, pero no necesariamente para tener sus hijos en esos hospitales, lo cual sí parece ser la norma en el caso del Hospital Thomason de la ciudad de El Paso, Texas (Vega, 1999). Estas autoras señalan que las mujeres que entrevistaron, a pesar de vivir por abajo de la línea de pobreza, tenían niveles altos de educación formal y estaban casadas en su gran mayoría. Las mujeres que Wallace y Fullerton (1996) entrevistaron reportaron que, previo al embarazo, no contaban con ningún tipo de servicio médico de cuidado materno. Expresaron, además, que las posibilidades de adquirir la ciudadanía norteamericana para sus hijos, junto con el acceso a mejores servicios de salud, constituyó un fuerte incentivo para cruzar la frontera y dar a luz en ese país.

La cuestión de la masculinidad

Para entender la fuente del origen de la desigualdad entre hombres y mujeres, es necesario detenerse a revisar lo que los estudios sobre masculinidad han aportado, justamente para entender estas diferencias entre los géneros. Así, por ejemplo, autores como Godelier (1986), Brandes (1991) y Gilmore (1994) sostienen que en diferentes contextos culturales o entre diferentes sociedades, prácticas como la heterosexualidad, el matrimonio y la procreación son elementos que se entrelazan en la construcción de las representaciones de la masculinidad (como también la feminidad). Sin embargo, localmente estas prácticas no son suficientes para alcanzar el reconocimiento social de un hombre. Para legitimarse como hombres en las distintas sociedades, los varones deben cumplir con una serie de expectativas respecto de una representación local simbólicamente dominante de masculinidad; incluso, sostienen estos autores, deben desplegar diversas estrategias y demostraciones de su género y de su hombría en ciertas circunstancias de interacción (ver los excelentes

resúmenes de esta discusión en autores como Huerta Rojas, 1999; López Moya, 1999; Andrea Cornwall y Nancy Lindisfarne, 1994; Diane Bell, Pat Caplan y Wazir Jahan Karim, 1993; Mirande, 1997; Gutmann, 1998). Por ejemplo, para adecuarse al modelo dominante local de la masculinidad, se espera que los varones adultos actúen como *hombres*, mostrándose públicamente con la capacidad de mantener a su familia, y en muchos de los casos para saber mandar y lograr la obediencia de la esposa. En este caso un migrante que no cumpla con el rol esperado de ser buen proveedor económico, se enfrenta, potencialmente, a ser censurado y estigmatizado no sólo por su familia, sino por toda la comunidad de donde es originario. Se enfrenta, también, a potenciales castigos que van desde el ostracismo hasta el estigma de ser considerado “hombre incompleto” (esta expresión me fue referida por una mujer migrante que entrevisté en Ciudad Juárez, durante el año 1999), pasando por agresiones verbales, apodos (huevón, mantenido, etcétera) y rechazos de diversa índole, incluido el sexual. Pero la masculinidad también se puede entender y expresar a través de los deportes, el ejército, el fisiculturismo, etcétera, y más recientemente en su participación en los mercados laborales de Estados Unidos (Klein, 1993; Pronger, 1990; Enloe, 1993; Lancaster, 1992; Cornwall y Lindisfarne, 1994; Núñez Noriega, 2000), etcétera. Huerta Rojas (1999), por ejemplo, sostiene que las canchas y otros espacios compartidos (los espacios de trabajo en Estados Unidos) son lo que las plazas y los jardines centrales fueron —y con frecuencia siguen siendo— en las pequeñas localidades: lugares de recreo, socialización, distribución de información acerca de empleos, etcétera. Y en estos espacios se marcan algunas de las sutiles diferencias entre juego y trabajo en términos de aprendizaje de reglas y jerarquías. “Es posible agruparlo todo (el deporte) en el concepto de actividad lúdica, pero considerar que este es sólo una sucesión de ademanes, movimientos y emociones con las que nada se busca, que están al margen de los mandatos culturales, de su cumplimiento y reproducción, puede resultar de reflexiones poco rigurosas.” En este sentido, el juego al igual que el trabajo en Estados Unidos, o el trabajo en general, contiene una serie de elementos

de carácter ritual, competitivo, simbólico, mimético, reglamentado, de temporalidad y especialidad específica, y que considerados, tanto como juego y empleo, contienen otros elementos que convierten a “los deportes” y “el trabajo” en un espacio en el que se reproducen las estructuras, los sistemas y las instituciones sociales, es decir, la desigualdad social, cultural, política, económica y de género (Huerta Rojas, 1999, el agregado sobre el trabajo en EU es de mi exclusiva responsabilidad). Estas aseveraciones podrían ser fácilmente aplicadas para entender la participación y los roles de género, tanto de hombres como de mujeres, en el momento en que participan como trabajadores en Estados Unidos. De particular relevancia es la cada vez más intensa participación de mujeres y jóvenes, estos últimos suelen ver su inserción en el fenómeno migratorio como un ritual de pasaje, y para nada extraña que en sus lugares de origen, incluso, los niños hablen o se refieran a los lugares donde sus hermanos(as) y padres trabajan como sitios en los que pareciera que alguna vez han estado, aun sin haber visitado éstos jamás (Vega Briones, 1999). El juego, tanto como el trabajo, en este sentido, puede ser considerado como una situación en que se producen y reproducen los valores y las prácticas de la opresión de género y la enajenación varonil. El juego, al igual que el trabajo, es también situación y contexto de formación de hombres: de sus cuerpos y sus mentes, de concepciones de hombría, de actitudes viriles, de ejercicio del imaginario patriarcal, de construcción y fortalecimiento o pérdida de poderes y prestigio (para un mayor desarrollo de la conceptualización sobre cuerpo y masculinidad, ver las publicaciones de Bordo, 1999, 1993; Núñez Noriega, 2000). Un excelente ejemplo de estas asimetrías de género nos la ofrece Hirsh (1999) cuando refiere el caso de que las mujeres al estar en Estados Unidos no sólo se enfrentan a una legislación distinta, sino que se apropian de ella y hacen uso de la línea de auxilio 911 ante abusos físicos o psicológicos de sus compañeros. Incluso, esta autora se atreve a aseverar que algunos comportamientos de los hombres cambian debido al hecho de que varios de estos migrantes están en calidad de indocumentados, y en este sentido, lo que menos desean es atraer la atención de la policía en casos de abusos físicos

o de escándalos debidos al abuso de bebidas alcohólicas. Pero, también, Hirsh (1999) se lamenta que los logros que en el terreno de una nueva legislación adquieren las mujeres, se vean perdidos o con pocas posibilidades de ejercer cuando éstas retornan a sus lugares de origen, dado el predominante ambiente patriarcal y machista que suele caracterizar a los lugares de origen de las mujeres migrantes.

En este sentido, el creciente interés por los estudios de masculinidad se debe, en parte, a la abundante producción de estudios que critican la existencia de relaciones de desigualdad y de dominación genérica entre distintos grupos sociales (Gilmore, 1994; Connell, 1997), argumentando que no todos los hombres gozan de situaciones de privilegio económico; por ejemplo, que hipotéticamente les posibilitaría explotar o sacar provecho tanto de hombres como de mujeres. Por otra parte, varones simpatizantes del movimiento feminista de diversos países, cuestionan poseer privilegios y posiciones de poder sobre las mujeres (Kimmel, 1992), han formado grupos que reivindican la equidad entre los géneros (Valdés, 1988; citado en López Moya, 1999). Autores como Mohanty (1991), Hooks (1990) y Hill Collins (1991) critican el “colonialismo discursivo” que ha producido el feminismo occidental, al producir una imagen de las mujeres del “tercer mundo” como un grupo homogéneo, subordinado y sin historia. Así, al partir de paradigmas epistemológicos que privilegian la subordinación de las personas y adoptar argumentos en los que subyace una noción esencialista de las identidades genéricas (de masculinidad y de feminidad), en este tipo de estudios la masculinidad aparece como algo dado por sentado (Gilmore, 1994), como si ésta se produjera al margen de la producción de la feminidad o de las formas de ser mujer aceptadas para cada sociedad. Al respecto, López Moya (1999) indica que algunos estudios no sólo dejaron de lado el carácter relacional y multidimensional del género, sino también las formas de poder y de dominio simbólico que todos los miembros de una sociedad construyen al relacionarse cotidianamente (ver también: Connell, 1997). En síntesis, la masculinidad no es una categoría inmutable para reflexionar acerca de los hombres, esta categoría se ha venido construyendo socialmente e incluye,

también, a las mujeres, y tiene como característica central que se transforma de una época a otra.

Por otro lado, la masculinidad, también, ha sido abordada como una representación colectiva. Según De Keizer (1997), la identidad masculina contempla “un conjunto de atributos, valores y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada”. Desde este enfoque, las concepciones culturales, los aspectos simbólicos y el mundo imaginario que se establecen alrededor de la masculinidad, varían tanto de una sociedad a otra como de una época a otra. Así, referirse a distintas masculinidades (Brandes, 1991; De Keizer, 1997) o a diversas identidades masculinas (Gutmann, 1993; Connell, 1997), incluso dentro de una misma sociedad, y a grupos de edad y momentos históricos específicos, ofrece una perspectiva más amplia para entender las intrincadas relaciones entre los géneros (citado en López Moya, 1999). En sus estudios sobre la masculinidad, Badinter (1992) y Bourdieu (1996) enfatizaron los contrastes y la complementariedad entre masculinidad y feminidad, en el sentido de que uno de los aspectos clave durante la adquisición de la identidad masculina es la búsqueda por la diferenciación, la lucha por no ser lo que dentro de un grupo se asigna a lo femenino. Así, actuar como un hombre, para algunos varones, es una práctica que puede estar marcada por un fuerte temor a todo lo que pueda feminizarlos, ya que de esta manera “se desvalorizan a sí mismos” y pierden o pudieran perder poder como hombres. Para López Moya (1999), la masculinidad también ha sido abordada como una práctica “que se inscribe dentro del juego y la competencia social presente en las interacciones cotidianas”. Así —comenta este autor—, “en su estudio sobre las concepciones de la masculinidad en distintas culturas del mundo, Gilmore (1994) encontró que ésta aparece como algo precario e incierto, por lo que ha de ganarse con apremio y esfuerzo y, una vez alcanzada, deberá de mantenerse” (citado en López Moya, 1999). Esta perspectiva sugiere que entre los varones existe una búsqueda constante o una ansiedad por la validación de su hombría. “En su interactuar cotidiano, los hombres se representan como ‘buenos hombres’ desde un punto de vista moral, como ‘buenos hombres’

en función de la exigencia social acorde con las circunstancias en que interactúan, pues sus conductas y comportamientos quedan expuestos a la supervisión colectiva” (citado en López Moya, 1999). El ejemplo de ser buenos proveedores económicos constituye un excelente ejemplo no sólo para referirnos al caso de la migración internacional, sino para entender las sanciones, desprestigio e incluso castigos que un hombre puede sufrir al no cumplir con esta expectativa de ser buenos proveedores económicos, un rol fuertemente asociado no sólo con un tipo de sociedad patriarcal, sino con las propias necesidades y preservación de los núcleos familiares y de los lugares de origen de los migrantes.

En síntesis, autores como López Moya (1999), Huerta (1999), Archetti (2003), Fernández (2004), Gutmann (1998) y Gilmore (1994), entre otros, sostienen que la masculinidad se construye socialmente en el ámbito de las relaciones sociales y adquiere legitimidad a través de la opinión y prácticas públicas de hombres y mujeres. Funciona como un mecanismo por el cual los varones se adaptan a su entorno social, o una actuación puesta en el escenario cotidiano en el que adquieren reconocimiento social como hombres (López Moya, 1999). Al constituirse como sujetos de una representación local de la identidad masculina, se espera que los varones incorporen un conjunto de reglas corporales, habilidades, valores y discursos para que actúen como hombres. Además, una aproximación al estudio de la masculinidad debe contemplar desde una comprensión del cuerpo y el poder hasta el sistema complejo de relaciones y de prácticas por medio del cual los individuos construyen su identidad genérica (Bordo, 1999).

En estos tiempos de globalización acelerada y apertura de las economías nacionales, una de las preocupaciones actuales, tanto de las distintas autoridades del Sector Salud como de los individuos en particular, es la que se refiere a la salud sexual. Tanto los medios de comunicación como la cultura popular en general cotidianamente exhiben su preocupación por las cuestiones de salud. Así, durante octubre de 1998 diversos medios informativos empezaron a divulgar la aparición de un “nuevo condón unisex”, mismo que hipotéti-

camente va a terminar con los pretextos o resistencias sobre el uso del condón como una buena opción para prevenir la transmisión de enfermedades sexuales y/o los embarazos no deseados. Recientemente los medios de comunicación difundieron la noticia de que, según nueva evidencia médica, los hombres también necesitan efectuarse chequeos de mama (zona pectoral) para prevenir riesgos de este tipo de cáncer. En el caso de Estados Unidos, recientemente se han levantado múltiples quejas por parte de las mujeres porque mientras la mayoría de los seguros médicos en ese país pagan para que los varones puedan hacer uso del viagra, casi ninguna de estas compañías del sistema de seguridad médica sufraga los gastos que requieren las mujeres para adquirir medicamentos anticonceptivos o para efectuarse ciertos tipos de intervenciones como el aborto. Por otro lado, prácticamente todas las campañas de control de la natalidad generalmente han estado dirigidas a la población femenina, pocas de éstas han sido diseñadas para los varones y es raro también encontrar información específica que concierna a los hombres. A partir del creciente número de casos de enfermedades transmitidas sexualmente, particularmente el sida, la difusión y uso del condón se vieron incrementados; sin embargo, aún se sabe poco acerca de la disponibilidad, resistencia o rechazo de los varones de Tijuana respecto al uso de preservativos, tanto como medida de planificación familiar y/o mecanismo de prevención de enfermedades sexuales. A pesar de esto, las entrevistas que nosotros efectuamos permiten indicar que cada vez más varones están haciendo uso de condones, tanto para evitar embarazos no deseados como para prevenir el contagio de enfermedades.

El chequeo médico de la próstata

Recientemente el publicitado caso del popular actor Andrés García de alguna manera sensibilizó y permitió adquirir una mayor conciencia sobre el problema del cáncer de la próstata entre los varones; sin embargo, las entrevistas que nosotros efectuamos parecen indicar que debido a la falta de información, y en muchas ocasiones

como consecuencia de la falta de acceso al servicio médico “estatal” y a una infraestructura apropiada (aun a pesar de que comúnmente los obreros de las maquiladoras o cualquier tipo de empleo formal cuentan con la cobertura médica que proporcionan las diferentes dependencias del Sector Salud del Estado mexicano), pocos varones suelen chequear su estado de salud, a menos que se sientan mal o padezcan algún tipo de enfermedad considerada como seria.

Defunciones por cáncer de próstata en hombres de 40 años y más.
México, 1999-2004.

Ciudad	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nacional	3741	3849	3991	4189	4584	4404
Ciudad Juárez	33	28	35	31	44	39
Distrito Federal	467	446	440	466	504	473
Guadalajara	101	106	95	100	113	101
Matamoros	16	10	18	13	14	17
Mérida	22	26	33	31	29	27
Mexicali	30	34	35	38	49	37
Monterrey	45	59	59	43	56	63
Morelia	28	28	35	38	34	46
Nogales	6	4	11	6	3	7
Nuevo Laredo	6	7	4	6	5	9
Puebla	38	42	51	58	56	53
Reynosa	11	11	12	19	14	14
Tapachula	9	5	11	9	13	7
Tijuana	32	31	21	39	45	38
Tuxtla Gutiérrez	13	9	15	10	10	20
Veracruz	20	25	24	25	32	27

Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y las bases de datos de mortalidad del INEGI.

Información cuantitativa sobre “defunciones generales” reportada al INEGI para los años 1999-2004, indica que en el caso concreto de la ciudad de Tijuana para 1999 hubo un total de 32 defunciones causadas por el cáncer de la próstata; para el año 2004 se reportaron un total de 38 casos de muerte debidas a este tipo de cáncer. Si bien pudiéramos pensar que comparados con los números totales a nivel nacional (que van de 3741 muertes en 1999 a 4404 en 2004) las defunciones debidas a este tipo de cáncer no son tan lacerantes para

ciudades como Tijuana, y otras que se indican en la tabla respectiva, sí en cambio sugieren que dichos incrementos en el número de defunciones debidas al cáncer de próstata han venido cobrando más vidas. Presentado en otro formato, la misma fuente arriba aludida (Defunciones por cáncer de próstata en hombres de 40 años y más, 1999-2004), ubica al caso del cáncer de la próstata como una de las principales causas de mortalidad entre la población de diferentes ciudades. Así, por ejemplo, este tipo de cáncer ocupó el lugar número 16 para el año 2004 en Tijuana. A pesar de que aún los números absolutos de causas de muerte siguen estableciendo a las enfermedades del corazón como la principal causa de muerte en nuestro país y, también, en la mayoría de ciudades de que se dispone información, sin embargo, no debe subestimarse tanto el incremento como el lugar que ocupa el cáncer de la próstata respecto a constituir una de las principales causas de muerte contemporáneas en nuestro país. Evidentemente esto lleva a plantear que el Estado mexicano debe revisar sus políticas de salud, a fin de desarrollar campañas preventivas contra este tipo de cánceres. Sobre la cuestión del “chequeo de la próstata” encontramos que aún existe mucha resistencia por parte de los varones mexicanos a ser auscultados vía anal, a pesar de las probabilidades de desarrollar cáncer de próstata. La información recabada durante las entrevistas de campo muestra, sin embargo, que parte del problema es la falta de información respecto a qué es la próstata, cuáles son sus funciones, a qué edades se deben practicar los chequeos y, sobre todo, un enorme desconocimiento de que la próstata también se puede chequear a través de análisis de muestras de sangre. Habría que agregar que instituciones como el IMSS suelen carecer de los reactivos para que los varones chequeen las condiciones de salud de su próstata vía muestras de sangre. Esto último era ignorado aun por los profesionistas que nosotros entrevistamos. Si bien la gran mayoría de las personas entrevistadas tenían al menos una idea vaga de la auscultación anal, nadie sabía que también a través de la sangre se podían conocer las condiciones de la próstata. Las entrevistas dejaron ver, también, que la gran mayoría de los varones, incluidos el sector de profesionistas entrevistados, acuden al

servicio médico sólo cuando se sienten enfermos, y que rara vez se hacen chequeos si no se los ha solicitado un médico.

Las resistencias de los varones en torno a las implicaciones de la exploración anal, independientemente de que ésta sea efectuada por personal médico, aún son predominantes entre los varones mexicanos. Entre éstos, la exploración anal sigue siendo interpretada como algo cercano a una relación de tipo homosexual. En parte por presión social de otros hombres, en parte por ignorancia, nadie desea que alguien, así sea un médico, le introduzca un dedo en el ano. Para algunos hombres esto es considerado como “equivalente a perder la virginidad o sufrir cierto tipo de violación de lo más íntimo que posee un hombre”. Habría que aclarar que en México, a diferencia de otros países, en términos generales, todavía se considera homosexual sólo a aquel varón que es penetrado y no al que penetra.

Mitos y realidades en torno a la práctica de la vasectomía

En torno a la práctica de la vasectomía aún existen una serie de mitos y prejuicios en torno a una supuesta pérdida de virilidad o vigor sexual entre aquellos varones que se atreven a hacerse esta intervención quirúrgica menor. En Tijuana la cuestión de los métodos anticonceptivos, incluida la vasectomía, todavía suele ser considerada como “un asunto que compete a las mujeres”. En esta actitud ha tenido mucho que ver la educación médica en México, que ha dirigido sus campañas de planificación familiar fundamentalmente hacia las mujeres, haciendo a éstas responsables de dichas medidas de control de la natalidad. Cuando hicimos preguntas sobre métodos de planificación familiar, y sobre vasectomía en particular, una buena proporción de varones dijeron que ellos no contaban con ese tipo de información, que le preguntáramos a sus esposas. Muchas mujeres no sólo veían esto con bastante “naturalidad”, sino que, inclusive, tenían bastante claro y era entre ellas absolutamente normal que se les “reconociera” como las encargadas o responsables de “esos asuntos”. Como lo pudimos constatar a través de las entrevistas, hubo varones que, por ejemplo, comentaron que era quirúrgicamente más

fácil efectuar un amarre de trompas de Falopio a las mujeres que realizar vasectomías entre los varones, porque mientras se podían fácilmente desamarrar las trompas para que las mujeres volvieran a tener hijos, en el caso de la vasectomía ya no había marcha atrás, “si te hacen la vasectomía jamás podrás volver a tener hijos, es una operación irreversible y he oído que sexualmente pierdes mucha potencia”. Afortunadamente no todos los hombres tienen este tipo de concepción y hay quienes consideran la vasectomía como una buena opción cuando sus compañeras han estado teniendo problemas con los anticonceptivos o cuando el médico les dice que podría ser riesgoso efectuar una intervención quirúrgica, como se puede constatar a través de los estudios de caso presentados más adelante.

En este sentido, varios varones manifestaron (más del 50%) que ellos estarían dispuestos a efectuarse la vasectomía para no poner en peligro la vida de sus compañeras. Lo interesante del caso es que los varones que manifestaron mayor disposición a la vasectomía, se encuentran sobre todo entre el sector de población que ha trabajado en las maquiladoras y que cuenta, también, con experiencia laboral en Estados Unidos. Varios de ellos contaron que en sus lugares de empleo continuamente les daban pláticas referentes al control de la natalidad y que, también, instituciones como el Seguro Social (IMSS) los orientaban sobre los diferentes mecanismos de control de la natalidad y en la prevención de enfermedades transmitidas sexualmente. Además, durante sus estancias laborales en Estados Unidos observaron y escucharon que usar condones y hacerse la vasectomía era de lo más común entre la población norteamericana. Incluso, nos comentaron que sabían que en Estados Unidos todos los hombres se practican la circuncisión, aunque algunos no tuvieron muy claro por qué o para qué servía hacerse la circuncisión. El problema es que ideológicamente aún se continúa reproduciendo la idea y la práctica, tanto en las familias como entre el personal médico, de que el “asunto” del uso de métodos anticonceptivos es responsabilidad exclusiva de las mujeres. Hubo personas entrevistadas que, por ejemplo, sostienen la idea de que la vasectomía es un mecanismo de control de los hombres sobre la sexualidad de las mu-

jeros, aduciendo que sería relativamente fácil para un hombre darse cuenta si su compañera está teniendo relaciones con otros hombres, es decir, si llegaban éstas a embarazarse. Lo interesante de lo que nosotros observamos en Tijuana es que existe, también, por parte de los varones, una preocupación genuina por proteger a sus compañeras ante posibles complicaciones o riesgos potenciales, a partir del uso de diferentes métodos de planificación familiar. A pesar de esto, la gran mayoría de los varones que entrevistamos expresaron que el uso de métodos anticonceptivos era una responsabilidad femenina. Y, en la mayoría de los casos en que fue sugerido algún método definitivo para ya no tener más hijos, comúnmente los varones, incluido el personal médico, solían pedir a las mujeres que fueran ellas las que se operaran. Lo interesante de la información cuantitativa que nosotros revisamos, indica que en los siete estados de los que se tiene información, en todos ellos hay una variación año con año en cuanto al número de varones recurriendo a la vasectomía. Aunque los números aún son modestos comparados con las salpingoclasias, sin embargo, muestran una continua participación por parte de los varones en este tipo de prácticas anticonceptivas “definitivas”.

Baja California	2001	2002	2003	2004
Salpingoclasia	10 676	10 800	10 366	11 037
Vasectomía	1318	1356	1073	1265
Chiapas				
Salpingoclasia	15 502	14 195	13 748	11 891
Vasectomía	611	324	317	151
Chihuahua				
Salpingoclasia	10 172	9587	10 231	9096
Vasectomía	1778	1970	2011	1987
Jalisco				
Salpingoclasia	16 281	18 300	18 569	21 010
Vasectomía	2011	2439	2254	2097
Michoacán				
Salpingoclasia	10 608	10 560	12 302	10 395
Vasectomía	858	776	1050	759
Puebla				
Salpingoclasia	15 183	15 059	15 897	15 727
Vasectomía	1618	1536	1352	1500
Tamaulipas				
Salpingoclasia	11 114	11 068	10 614	9583
Vasectomía	922	800	817	759

Intervenciones quirúrgicas de planificación familiar. Salpingoclasia y vasectomía. Por estado, 2001-2004.

Fuente: Secretaría de salud. Boletín de información estadística, vol. 3, 2001-2004.

En el caso concreto del estado de Baja California, durante 2001 fueron reportados 1318 casos de vasectomía. En otros estados fronterizos como Chihuahua, se reportaron en ese mismo año un total de 1778 vasectomías. En estados más grandes como Jalisco hubo en 2001 un total de 2011 casos de vasectomía. El estado que menos casos de vasectomía reportó fue el de Chiapas, con un total de 611 vasectomías para 2001. Como mencionamos arriba estas cifras presentaron tanto incrementos como descensos en los años posteriores a 2001. Así, Baja California pasó de 1318 vasectomías en 2001 a 1356 en 2002 y a 1265 en 2004. En el caso de Chihuahua pasó de 1778 casos en 2001 a 1970 en 2002 y a 1987 en 2004. Jalisco también vivió un incremento considerable al pasar de 2011 casos en 2001 a 2439 vasectomías durante 2002 y disminuyó a 2097 en 2004. Chiapas reportó durante 2002 un total de 324 vasectomías, 287 casos menos que en 2001, disminución que continuó presentándose, siendo de 151 casos en 2004. Otro caso muy interesante es el del estado norteño de Tamaulipas, el cual reportó en 2001, 922 vasectomías, pero durante 2002 da cuenta de un total de 800 vasectomías y en 2004 sólo se presentaron 759 casos, siendo otro de los estados que vio disminuir, de manera importante, el número de casos de vasectomías. Como hemos estado mencionando a lo largo de este trabajo, la cuestión de las medidas de planificación familiar aún son “asuntos” que suelen ser dejados bajo la responsabilidad de las mujeres, y aún se continúa percibiendo a éstas como los sujetos principales para el control de la natalidad. La fuente arriba señalada muestra, por ejemplo, que mientras en el caso de Baja California durante 2001 se efectuaron 1318 vasectomías, se practicaron 10 676 salpingoclasias, frente a 1265 vasectomías y 11 037 salpingoclasias en 2004. Es decir, las mujeres continúan siendo la población objeto de las políticas de planeación familiar. Esa misma fuente de información reporta números y proporciones semejantes en los otros estados revisados (Chiapas, Chihuahua, Jalisco, Michoacán, Puebla y Tamaulipas). Los casos que más llaman la atención son los de los estados de Chiapas y Tamaulipas: en el primero se practicaron durante 2001, 15 502 salpingoclasias contra sólo 611 vasectomías.

Para el año 2002 se practicaron en este mismo estado 14 195 salpingoclasias contra 324 vasectomías. Durante 2004 hubo 11 891 salpingoclasias y tan sólo 151 vasectomías. En el caso del estado de Tamaulipas, en el año 2001 se practicaron un total de 11 114 salpingoclasias contra 922 vasectomías. Para el año 2002 se tiene registro de 11 068 salpingoclasias contra 800 vasectomías; finalmente en 2004 se reportaron 759 vasectomías y 9583 salpingoclasias. Nuevamente estas cifras revelan de manera contundente cuál sigue siendo la población-objeto de las campañas de control de la natalidad en nuestro país. Desafortunadamente este tipo de fuente de datos no permite conocer cuántas de estas mujeres aceptaron de manera voluntaria someterse a este tipo de métodos definitivos, tampoco dicen mucho de la serie de circunstancias que permitan entender la razón de ser de ese tipo de decisiones. De hecho, históricamente, se tiene noticia de que en algunos estados el gobierno federal estuvo practicando, sin previa consulta, este tipo de métodos definitivos entre la población campesino/indígena del país, quizá por esta razón son tan elevados los casos de salpingoclasias reportadas para estados como Chiapas (15 502 para 2001, 14 195 para 2002 y 11 891 en 2004, contra 611, 324 y 151 vasectomías para esos mismos años).

El complejo uso del condón

A pesar del relativo éxito de las diferentes campañas para que los varones hagan uso de condones, a fin de prevenir contagios de enfermedades transmitidas sexualmente, la cultura popular y los medios de comunicación aún propagan la idea de que los hombres son reacios a usar éstos bajo el pretexto de que el placer sexual no es el mismo. Pensamos, sin embargo, que la información que se difunde a través de instituciones oficiales y de algunos medios de comunicación (principalmente la T.V.) no necesariamente es confiable, dada la naturaleza sensible de estos asuntos. Evidentemente las percepciones y conductas sexuales varían según edad, nivel de escolaridad, estatus social, credo religioso, género y etnicidad.

A partir de la enorme publicidad en torno a la expansión del sida entre la población de todas las edades y diferentes clases sociales, se tienen hoy en día datos sobre algunos aspectos de la salud sexual de los mexicanos. González Fagoaga (1997) comenta que a fin de conocer las actitudes, comportamientos y percepciones sobre la sexualidad de los varones, se han levantado algunas encuestas entre población joven; éstas, al parecer, han pretendido más bien definir los factores relacionados con el embarazo en las adolescentes, su actitud hacia el sida, su conocimiento y práctica en el uso de anticonceptivos, y sus carencias y requerimientos de información sexual en general. Este autor comenta que desafortunadamente no existe una fuente de información que permita tener una visión integral de las percepciones, actitudes y prácticas sexuales, tanto de los varones como de las mujeres. Los estudios que se han realizado acerca de las prácticas sexuales de los jóvenes, en términos generales, se han centrado en poblaciones muy específicas, lo cual si bien permite tener un panorama parcial del problema no muestra una visión general ni comparativa en cuanto a cómo perciben tanto hombres como mujeres su sexualidad, su salud y su función reproductora. En este sentido, consideramos que, en términos generales, en México se suele considerar el uso o no uso del condón en términos bastante estereotipados. Si bien es cierto que en México el machismo es aún bastante común, nuestras entrevistas nos permitieron ver que los varones mexicanos de la ciudad fronteriza de Tijuana ya no son tan machos como la cultura popular los suele presentar y que éstos están cooperando con las mujeres, todavía en forma modesta, mediante el uso de condones, a fin de prevenir la expansión de enfermedades transmitidas sexualmente, tanto con su pareja como cuando llegan a tener relaciones sexuales extramaritales. Consideramos que los hombres están cooperando con las mujeres, esto lo pudimos constatar a través de la nada fácil decisión de practicarse la vasectomía. Y decimos nada fácil decisión por toda la serie de implicaciones y constreñimientos culturales que aún prevalecen entre muchos hombres respecto a practicarse esta intervención.

Consideramos también que la cultura de salud médica de la po-

blación mexicana está cambiando, creemos que los bajos niveles de fecundidad en la frontera norte de México (2.2, 2.4 y 3.0 para los casos de Nuevo Laredo, Ciudad Juárez y Tijuana, respectivamente, según González, R., 1992) perfilan esta nueva cultura de salud de la población fronteriza, en el sentido de que están tomando medidas de planificación familiar y de prevención de riesgos de contagio sexual. Evidentemente tanto las condiciones económicas de la población como los proyectos de desarrollo personal y/o profesional, tanto de hombres como de mujeres, también han estado empujando a esta población para espaciar los embarazos, decidir sobre el número de hijos deseados, y acerca del acceso y uso de métodos anticonceptivos como el condón. Sin embargo, las entrevistas también nos dejaron entrever que algunos hombres están modificando algunas de sus actitudes acerca de estos asuntos de salud, y están siendo más cuidadosos en el uso, por ejemplo, de condones, a fin de prevenir enfermedades que no sólo pudieran minar su salud, sino también la de su familia. Evidentemente esto no significa que, por ejemplo, los hombres sean menos infieles, pero sí ha contribuido a que sean más responsables en sus prácticas sexuales. De hecho como métodos de control de la natalidad para los hombres sólo existen los condones, la vasectomía y la abstención, mientras que para las mujeres existe toda una industria: los preservativos, la píldora, el DIU, inyecciones, etcétera.

Conocimiento del condón como método anticonceptivo por estado y a nivel nacional.

Estado	Sí	No	Total
Baja California	100	0	100
Chiapas	74	26	100
Guanajuato	93	7	100
Guerrero	85	15	100
Oaxaca	70	30	100
Puebla	85	15	100
San Luis Potosí	90	10	100
Sonora	98	2	100
Tamaulipas	96	4	100
Nacional	92	8	100

Fuente: ENSAR 2003

¿Alguna vez ha usado usted o su pareja el método del condón?
Por estado.

Estado	Sí	No	Total
Baja California	52	48	100
Chiapas	20	80	100
Guanajuato	27	73	100
Guerrero	29	71	100
Oaxaca	17	83	100
Puebla	23	77	100
San Luis Potosí	31	69	100
Sonora	32	68	100
Tamaulipas	27	73	100
Nacional	31	69	100

Fuente: ENSAR 2003

Métodos actuales utilizados por estado y a nivel nacional.

Entidad	Pastillas, inyecciones, condón, locales	Operación, DIU, Norplant	Total %
Baja California	45	55	100
Chiapas	25	75	100
Guanajuato	27	73	100
Guerrero	29	71	100
Oaxaca	29	71	100
Puebla	21	79	100
San Luis Potosí	29	71	100
Sonora	26	74	100
Tamaulipas	26	74	100
Nacional	26	74	100

Fuente: ENSAR 2003

Sobre el uso de condones, a través de información reportada por la Encuesta de Salud Reproductiva (ENSAR, 2003), se puede observar que a nivel nacional el 92% de la población encuestada tiene conocimiento del condón como método anticonceptivo; en el caso particular del estado de Baja California, el 100% de la población encuestada conoce el método, el 52% alguna vez lo ha utilizado, y durante la fecha de aplicación de la encuesta (2003) sólo el 1% lo utiliza. Analizando los métodos por categorías, para el mismo estado y con la misma fuente, se tiene que de todos los que utilizan algún

método anticonceptivo, el 45% recurren a pastillas, inyecciones, condones o métodos locales y 55% a la operación, DIU o Norplant. Nuevamente se puede apreciar que en el uso de métodos anticonceptivos las usuarias de los principales métodos continúan siendo las mujeres. En otras palabras, las políticas de control de la natalidad continúan teniendo como población objetivo a las mujeres, suponemos que básicamente por razones culturales, mismas que reflejan las asimetrías de poder entre hombres y mujeres. De los estados analizados, Baja California aparece como el estado con los porcentajes más altos de usuarios de pastillas, inyecciones, condones y métodos locales (45%). Las usuarias de operación, DIU y Norplant también contribuyen de manera importante en la planificación familiar. A nivel nacional, el porcentaje más alto de métodos anticonceptivos utilizados lo ocupa el caso de la operación femenina, el uso del DIU o Norplant (74%). Quisiéramos resaltar que pudiera existir una subestimación considerable respecto a los usuarios de preservativos, ya que los datos aquí reportados por dicha encuesta fueron obtenidos a través de las mujeres, lo cual no permite calcular el porcentaje real o aproximado de los varones que están haciendo uso de preservativos (particularmente porque algunos de éstos pudieran estar haciendo uso de condones en relaciones extramaritales), aunque sí permite tener una visión general de ciertas tendencias respecto al uso de métodos anticonceptivos.

A continuación presentamos, a manera de ilustración, extractos de algunas de las entrevistas que efectuamos entre población con experiencia migratoria internacional, a fin de mostrar las actitudes y comportamientos de este tipo de población, y la interrelación entre uso de medidas de planificación familiar y migración internacional.

Estudio de caso número 1

Raúl R. cuenta con experiencia migratoria a Estados Unidos. Trabajó durante un buen tiempo cerca de Las Vegas, Nevada, en la construcción, pero debido a un accidente automovilístico, Raúl y su esposa decidieron regresar a México. No fue una decisión sencilla porque

Raúl se había hecho a la idea de trabajar unos cinco años, ahorrar y regresar a México para abrir un negocio.

Aunque su historia laboral en Estados Unidos no es muy larga, Raúl considera que aprendió mucho de esta experiencia y que vivir y trabajar en ese país le abrió los ojos sobre muchas cosas en las que anteriormente nunca había pensado, entre ellas el hecho de que muchas mujeres trabajan en ese país y que para hacerlo controlan su natalidad y tienen pocos hijos. Raúl conoció a un compañero de trabajo que le habló sobre las ventajas de la vasectomía. “Yo tenía algo de temor porque pensaba que con ello mi vida sexual llegaría a su fin, pero ahora me doy cuenta que es por machismo e ignorancia (y porque nos da vergüenza) que no solemos solicitar información al respecto. Ahora me pregunto: ¿cuál es el sentido de tener tantos hijos si no va uno a poder mantenerlos a todos ni darles educación? De hecho fue nuestra precaria situación económica la que nos animó a buscar trabajo en Estados Unidos. Yo tenía cuñados que trabajaban en Las Vegas y durante algún tiempo vivimos con ellos. Todo iba bien hasta que tuvimos ese accidente automovilístico, a partir de éste nos regresamos a la frontera.” Además, dado que estaba en calidad de indocumentado, y su esposa Esperanza no estaba trabajando, fue como decidieron regresar a la frontera.

Al poco tiempo de estar en Tijuana, Raúl y Esperanza (todos los nombres siguientes son ficticios) discutieron largamente respecto a que fuera Raúl el que acudiera al médico para ya no tener más hijos (ya tenían tres y consideraban que era más que suficiente para poder ofrecerles, al menos, educación y una buena alimentación). Raúl comentó que su salario no alcanzaba para sufragar los gastos de una familia compuesta por la esposa y dos niños en escuela secundaria y un niño de menos de un año que demandaba comida especial porque la madre no había podido alimentarlo con leche materna. “Así que le dimos varias vueltas al asunto, yo no quería que mi mujer trabajara, pienso que cuando una mujer trabaja descuida la educación de los hijos, particularmente cuando éstos son pequeños. Fue entonces que nos decidimos por eso de la vasectomía.”

“El asunto de mi operación para no tener más hijos fue más sen-

cillo, resulta que mi mujer estaba teniendo muchos problemas con los anticonceptivos que le recetaban los médicos del Seguro Social. Uno de esos médicos le recomendó que ya no se volviera a embarazar porque su vida podría correr peligro, le dijo que era una de esas mujeres de alto riesgo y fue así como empezamos a platicar sobre la posibilidad de que se operara, pero el médico le dijo que con la operación también corría riesgos. Yo no podía entender, total, parece que todo eso de la operación sólo se trata de amarrar unas cosas y ya, trompas, creo que les dicen. Pero ni modo, me puse a pensar que si ella se operaba y le iba mal nunca me iba a perdonar dejar a mis hijos sin su madre. Entonces le preguntamos al médico qué tal si era yo el que se operaba y él me explicó todo eso de la vasectomía, hasta me dijo que en los hombres esta operación es muy rápida y que casi ni anestesia ocupaba porque todo era muy rápido. Me dijo, además, que no iba a perder mi potencia sexual y que mis relaciones iban a ser como de costumbre.

Nos dio un tiempo para pensarlo, lo platicamos largo y tendido mi mujer y yo, y finalmente llegamos a la conclusión de que si realmente no había riesgos para mí, entonces yo debería operarme para no poner en peligro la vida de mi mujer. Como que primero la idea no me convencía, pero no dejaba de pensar en mis hijos. Claro que esto no era para estarlo platicando de cantina en cantina, pero sí me daba mucha curiosidad saber qué pensaban otros hombres, desafortunadamente no tenía amigos que se hubieran hecho la operación.”

Estudio de caso número 2

Edwis E. tiene 29 años de edad, ha trabajado en EU, estudió sólo hasta el tercer año de secundaria, trabaja como policía en el Municipio. Su esposa, de nombre Rosa, se dedica sólo a las tareas del hogar. Ella tiene 33 años, estudios de secundaria y nunca ha trabajado en EU. Edwis piensa que “eso de los anticonceptivos es una navaja de doble filo, son buenos sobre todo ahora con todos los problemas que hay de enfermedades sexuales, y sirven para planificar la familia, pero también para que las mujeres puedan engañar a sus

esposos, si ellas así lo desean, sin el temor de quedar embarazadas, sin el temor a la prueba de la infidelidad. Yo nunca he usado ningún tipo de anticonceptivo, pero si fuera necesario los usaría. Yo jamás estaría dispuesto a operarme, eso sí que no, es más fácil la operación en la mujer que en los hombres. A las mujeres sólo se les corta un pedazo de las trompas de Falopio y ya, y es más fácil operarlas nuevamente si quieren volver a pegárselas. En el caso del hombre ya no hay marcha atrás, si te operan ya no podrías volver a ser papá, éste es el inconveniente por el que yo jamás me operaría. Pero está bien usar anticonceptivos porque ahora las familias ya no son tan grandes como las de antes, ahora ya no funciona tener cinco o diez hijos, ahora lo más usual es tener sólo dos o tres hijos porque la vida está muy cara y los ingresos no alcanzan para mantener tanta familia”.

Conclusiones

Queremos llamar la atención acerca de que no hay respuestas únicas, que hay enormes vacíos de información médica y rechazo, debido a prejuicios o estereotipos más que a información confiable. Sin embargo, nos parece, como tendencia general, que los varones tijuanaenses están adoptando actitudes de mayor apertura hacia su salud sexual y mayor conciencia acerca de que en ocasiones es preferible o necesario que ellos se hagan la vasectomía, a fin de evitar los riesgos que pudieran tener sus mujeres si llegasen a operarse. Parte del problema de algunas de las actitudes “conservadoras” de algunos varones tiene que ver con falta de información, carencia de infraestructura médica, y en algunos casos recursos económicos limitados como para poder acceder a este tipo de servicios especializados, nos referimos básicamente al chequeo de la próstata, aunque esto también pudiera ser aplicable respecto al acceso a condones y a la vasectomía.

Por otra parte, pudimos apreciar también que aún existe, en el contexto del mundo laboral de la ciudad de Tijuana, un ambiente de machismo entreverado con valores patriarcales que limitan que los varones cooperen con sus compañeras, a fin de evitar embarazos no

deseados. Quizá debido a esta serie de elementos de tipo cultural (valores y creencias) aún muchos hombres no desean hacer uso de los condones porque creen y “sienten” que el disfrute sexual disminuye con el uso de los preservativos. Curiosamente algunas esposas de los varones entrevistados reforzaban esta actitud, aduciendo que efectivamente no era lo mismo hacer el amor con condón que sin él. Y existen todavía varones que simplemente no desean saber nada de condones o vasectomía porque estas cuestiones van en contra de sus ideas religiosas.

Hubo también población entrevistada que debido a la edad nunca tuvo necesidad de recurrir a algún método anticonceptivo y afirmaron que eso era asunto de las nuevas generaciones. Habría que decir que en varios de estos casos de población de la tercera edad sus compañeras habían sido previamente operadas, razón que directamente los eximía de la responsabilidad de hacer uso de, por ejemplo, preservativos. Este tipo de varones asumieron también, en general, que en sus casos nunca existieron prácticas sexuales extramaritales, ni de parte de ellos ni de sus mujeres. Incluso llegaron a señalar con bastante tono moralista que una de las razones por las cuales las familias se estaban desintegrando era por el acceso y abuso de los anticonceptivos, ya que mediante el uso de éstos ahora estaban proliferando las relaciones extramaritales, que nadie podía tener control de eso y que cuando alguno de los cónyuges se enteraba decidía separarse del compañero.

En términos generales, las diversas entrevistas efectuadas dejaron ver que aún existen muchas resistencias, miedos, tabúes, prejuicios y, sobre todo, falta de información apropiada sobre condones, vasectomía y próstata. La cuestión de la próstata, por ejemplo, nos pareció de enorme relevancia, dado que, a principios de 1999 en un noticiero de Televisa (la cadena de televisión de mayor cobertura e importancia en el país), un médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, principal agencia de asistencia médica gubernamental del país) comentó que actualmente el cáncer de la próstata es la segunda causa de muerte entre los varones en México. Como mostramos en el apartado sobre la próstata, este tipo de cáncer no

constituye la segunda causa de muerte en nuestro país, aunque sí se han estado incrementando el número de casos en términos absolutos, y el cáncer de la próstata está ya ubicado entre las primeras veinte causas de muerte en varios estados y entre algunas de las principales ciudades del país.

Por si esto fuera poco, todavía se asume entre los médicos que el chequeo de la próstata es un asunto exclusivamente de los hombres, lo cual limita las posibilidades de que las cónyuges y/o la familia en general participe más en estos delicados asuntos de salud. Supusimos que esta cuestión de la próstata nos llevaría al asunto de la cultura médica y la manera en que las familias dirimen estos temas de salud. Esto nos parece importante porque todo parece indicar que el asunto de la salud sexual, se continúa percibiendo como un asunto de “planificación familiar” y de absoluta responsabilidad de las mujeres. Así lo propagan tanto las diferentes campañas del Estado mexicano sobre planeación familiar como algunas de las actitudes tanto de hombres como de mujeres en edad reproductiva o sexualmente activos. Pero además del carácter patriarcal del discurso del Estado mexicano pudimos constatar de manera directa, como se mostró a través del caso de Raúl, cómo se negociaba entre las parejas estos asuntos de la salud sexual de las familias, y que estos “asuntos” también conciernen a los varones.

El asunto del uso de medidas anticonceptivas que están utilizando las “nuevas parejas”, nos parece, indican, por una parte, las actitudes de los varones (y también de las mujeres) en torno a la sexualidad. Asimismo, dan cuenta de las condiciones económicas que está viviendo esta población, las cuales les ha llevado a “tomar la decisión” de tener sólo dos o tres hijos como máximo. Evidentemente el uso de determinado método anticonceptivo implica cierto nivel de negociación entre las parejas, suponemos que las respectivas decisiones que se toman al respecto están permeadas de ambivalencias, contradicciones, imposiciones, y en varios casos, respeto y cooperación.

Quisiéramos señalar, sin embargo, que no todo es blanco o negro, es decir, que las decisiones que son tomadas, tanto a nivel individual como por parejas, no son necesariamente fáciles, simples ni carentes

de discusión y conflicto. Deseamos indicar aquí que, aunque nuestro foco de atención fueron las percepciones y conductas de los varones, en la medida que las entrevistas que efectuamos fueron conducidas entre familias, las referencias a las parejas y/o las familias estuvieron presentes a lo largo de este documento.

Bibliografía

- Arias, Rosario y Rodríguez, Marisela M. “A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México”, en: Lerner, Susana (ed.). *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, 1998, pp. 319-340.
- Brusco, Elizabeth. *The Reformation of Machismo. Evangelical Conversion and Gender in Colombia*. Austin, University of Texas Press, 1995.
- Castro Morales, Patricia. “Qué razones exponen los hombres que están recurriendo a la vasectomía sin bisturí para limitar su fecundidad?”, en: Lerner, Susana (ed.). *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, 1998, pp. 341-368.
- Collins Hill, Patricia. *Black Feminist Thought. Knowledge, Consciousness, and Politics of Empowerment*. New York, Routledge-Chapman and Hall, 1991.
- Cornwall, Andrea y Nancy Lindisfarne (eds.). *Dislocating Masculinity. Comparative Ethnographies*. London, Routledge, 1994.
- De Barbieri, Teresita. *Mujeres y vida cotidiana. Estudio exploratorio en sectores medios y obreros de la ciudad de México*. México, Secretaría de Educación Pública/FCE, 1984.
- Easthope, Antony. *What a Man's Gotta Do: The Masculine Myth in Popular Culture*.
- Foucault, Michel. *The History of Sexuality*.

- Gilmore, David D. *Manhood in the Making. Cultural Concepts of Masculinity*. New Heaven, Yale University Press, 1990.
- González Fagoaga, Eduardo. *Salud reproductiva masculina*. Trabajo final no publicado del curso sobre Métodos Cualitativos de la Maestría en Demografía. San Antonio del Mar, El Colegio de la Frontera Norte, 1997.
- González, Raúl. *Fecundidad en la frontera norte de México: Tijuana, Ciudad Juárez y Nuevo Laredo*. Cuadernos # 3. El Colegio de la Frontera Norte, 1992.
- Gutmann, Matthew. "Trafficking in Men: The Anthropology of Masculinity", en: *Annual Review of Anthropology*, 1997.
- . *The Meanings of Macho. Being a Man in Mexico City*. Los Ángeles, University of California Press, 1996.
- Hooks, Bell. *Talking Back. Thinking Feminist, Thinking Black*. Massachusetts, South End Press, 1989.
- Infesta Domínguez, Graciela: "La relación entre los estudios sobre reproducción y los estudios de género", en: Lerner, Susana (ed.). *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, 1998, pp. 423-430.
- Klein, Alan. *Little Big Men. Bodybuilding Subculture and Gender Construction*. New York, State University of New York Press, 1993.
- Lerner, Susana (ed.). *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, 1998.
- Mirande, Alfredo. *Hombres y machos. Masculinity and Latino Culture*. Riverside, Westview Press, 1997.
- Monsiváis, Carlos. *Escenas de pudor y livianidad*. México, Editorial Grijalva, 1981.
- . "Paisaje de batalla entre condones", en: *El nuevo arte de amar: usos y costumbres sexuales en México*. Editado por Hermann Bellinghausen. México, Editorial Cal y Arena, 1990.

- Pronger, Brian. *The Arena of Masculinity. Sports, Homosexuality and the Meaning of Sex*. New York, St. Martin's Press, 1990.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán. *Sexualidad, salud y reproducción*. Programa de salud reproductiva y sociedad. Reflexiones, núm. 6. México, El Colegio de México, 1995.
- Segal, Lynne. *Slow Motion. Changing Masculinities, Changing Men*. New Jersey, Rutgers University Press, 1990.
- Thorne, Barrie. *Gender Play: Girls and Boys in School*. New Brunswick, Rutgers University, 1993.
- Vega Briones, Germán. "Poder y decisiones en la unidad doméstica: la identidad masculina y las relaciones entre los géneros en Ciudad Juárez". Ponencia presentada en el XX International Congress of LASSA. Guadalajara, México, 18 de abril de 1997.
- "Efectos de la migración femenina hacia Estados Unidos. Una perspectiva de género", en: *Revista Norteamérica*. Ed. UNAM/CISAN/CNAS/AU, 2006, pp. 39-76.
- Williams, Christine. *Still a Man's World*. Berkeley, University of California Press, 1995.