

Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas

Benno de Keijzer,¹ Alma Catharina Cuellar,² Alexis Valenzuela Mayorga,² Carolina Hommes,² Sonia Caffé,² Fernando Mendoza,¹ Claudina Cayetano² y Enrique Vega²

Forma de citar

de Keijzer B, Cuellar AC, Valenzuela Mayorga A, Hommes C, Caffé S, Mendoza F, et al. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e93. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>

RESUMEN

Objetivo. Describir los resultados en salud de los hombres a partir del análisis sobre la interrelación de estos con las masculinidades, que permitirá la identificación de acciones para mejorar los resultados de salud de hombres, mujeres y niños.

Métodos. Actualización y expansión de los hallazgos del informe *Masculinidades y Salud en las Américas* publicado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2019, el cual se realizó a partir de una búsqueda intencionada y actualizada de datos secundarios sobre la salud masculina y otras investigaciones que abordan la temática.

Resultados. La salud de los hombres y de las mujeres es distinta, no solo por los factores biológicos, sino también por la construcción y las desigualdades de género, y la intersección de los determinantes sociales. Existen importantes diferencias en los patrones de mortalidad y morbilidad por sexo a lo largo del curso de vida, incluida la sobremortalidad de los hombres por causas prevenibles como las muertes violentas, los accidentes viales y el consumo de alcohol y otras drogas (cocaína, cannabis y anfetaminas, entre otras). Varias de las causas de la mortalidad y la morbilidad se encuentran vinculadas con la expresión del modelo hegemónico de masculinidad y esto representa un riesgo para la salud integral de los hombres y para las personas cercanas.

Conclusiones. Proponemos que se deben políticas coordinadas e intersectoriales con perspectiva de género relacional e interseccional que incluyan a los hombres para generar acciones de salud en todas las políticas para la diversidad de hombres con consecuencias positivas también para niños, adolescentes y mujeres.

Palabras clave

Salud de los hombres; masculinidad; género y salud; políticas públicas de salud.

La política de género vigente en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) busca contribuir al alcance de la igualdad de género en el desarrollo de la salud. Este artículo surge del informe de la OPS publicado en el 2019 *Masculinidades y Salud en las Américas* (1), el cual respondió a la urgencia de dar cuenta de los importantes daños de la masculinidad hegemónica a la salud de hombres y mujeres, así como a la ausencia de una respuesta integral a la salud de los hombres. Dicho informe concluyó que los resultados en salud de los hombres tienen

estrecha relación con la construcción de las masculinidades y que las respuestas de salud para los hombres son escasas y poco documentadas. Este artículo parte de esta premisa y amplía, profundiza y analiza otras investigaciones similares que abordan la temática con el objetivo de describir los resultados en salud de los hombres mediante un análisis sobre la interrelación de estos con las masculinidades, que permitirá la identificación de acciones para mejorar los resultados de salud de hombres, mujeres y niños.

¹ Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México. ✉ Benno de Keijzer, bennodek@hotmail.com

² Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos de América.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este documento expande y actualiza los hallazgos del informe *Masculinidades y Salud en las Américas* (1). Se realizó una búsqueda intencionada y actualizada de datos secundarios respecto a la salud masculina, tales como mortalidad, años de vida perdidos (AVP), años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), años de vida saludable (AVISA), obtenidos de datos de acceso abierto de la OPS, ONU Mujeres y Global Health 50/50, y la incidencia y prevalencia de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés). A su vez, se consultaron bases de datos de revistas indexadas bajo los siguientes parámetros de búsqueda: salud masculina, mortalidad masculina, masculinidades, género y salud. Se hizo un análisis estadístico descriptivo con los datos recopilados, ubicando prevalencias y realizando el contraste entre sexos para identificar las principales causas que afectan a la salud de los hombres. La mayoría de los datos epidemiológicos consultados no estaba desagregada por sexo, raza o etnia, y la información encontrada con desagregación por sexo fue, principalmente, hombre-mujer. Por lo tanto, la información en este artículo tiene un carácter binario.

RESULTADOS

Los resultados de este análisis se presentan con base en cuatro dimensiones clave: los determinantes sociales y la salud de los hombres en el curso de vida, un perfil epidemiológico de la salud de los hombres en las Américas, la pandemia de la COVID-19, y políticas y respuestas.

Determinantes sociales y salud de los hombres a lo largo del curso de vida

La salud de los hombres y las mujeres es distinta y estas diferencias no son solo biológicas, sino que también se encuentran determinadas por los factores de riesgo y por el peso de los determinantes sociales de la salud (DSS) tales como el género, la etnia y la raza, la clase social y la orientación sexual, que afectan de manera inequitativa las trayectorias de salud (2,3). Estas diferencias tienen implicaciones en cómo y en cuáles deben ser las intervenciones sanitarias y sociales adecuadas para responder a las necesidades específicas de subgrupos (4). El enfoque de *curso de vida* contribuye a proporcionar una comprensión más profunda de los efectos de los DSS en los hombres a lo largo de la vida mediante la aplicación de principios clave como trayectorias, transiciones, períodos críticos y sensibles, temporalidad, vidas vinculadas, impacto acumulativo y transferencia de recursos. Es así como el principio de los períodos críticos se ilustra en las diferencias en la mortalidad durante el curso de vida, ya que el incremento más significativo en la mortalidad de los hombres empieza a manifestarse aproximadamente a los 15 años, cuando las diferencias en la socialización masculina y femenina son más pronunciadas.

Entenderemos al género como el conjunto de atributos (símbolos y normas) y roles (identidades) de construcción histórica y cultural que se preserva a través de actos en la organización social cotidiana, cuyo sentido es la diferenciación a partir de características biológicas y la alineación a un sistema sexogénico (5) y basado en la división sexual del trabajo (6). Así, la masculinidad es un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al hombre en una cultura

determinada. Connell y Messerschmidt (7) señalan la existencia de un modelo hegemónico de masculinidad definido como un esquema culturalmente construido en el que el hombre es en esencia dominante. Este modelo sirve como base para discriminar y subordinar a las mujeres y a otros hombres por su condición de edad, clase, raza u orientación sexual. El análisis de género también permite hablar de masculinidades diversas en las que pueden existir elementos comunes asociados a la masculinidad hegemónica, pero también a formas muy diversas de ser hombre que pueden contribuir a trayectorias distintas (8). Algunas de las características más significativas de la masculinidad hegemónica se han sistematizado en el concepto de la *caja de la masculinidad* (9). Un estudio reciente definió la caja de la masculinidad como un conjunto de normas socialmente reforzadas sobre lo que un “hombre de verdad” debe hacer y que tiene su base en siete pilares: 1) autosuficiencia, 2) fuerza, 3) atractivo físico, 4) roles masculinos rígidos, 5) heterosexualidad y homofobia, 6) hipersexualidad, y 7) agresión y control (9). Varias de las características de la caja, como la agresividad, la competitividad y la autosuficiencia contribuyen a que los hombres incorporen conductas violentas y temerarias en aspectos relacionados con la salud, como las relaciones con pares, familiares, la sexualidad, el uso de alcohol y otras drogas y el autocuidado (9,10).

Retomando la tríada de la violencia de Kaufman (11), desde una socialización de la masculinidad los hombres constituirían parte de una tríada de riesgo:

1. Hacia la mujer, las niñas y los niños mediante diversos tipos de violencia, el abuso de drogas, las infecciones de transmisión sexual (ITS), los embarazos impuestos, la paternidad ausente y la falta de corresponsabilidad en el ámbito doméstico.
2. Hacia otros hombres por medio de accidentes, homicidios y otras violencias, así como mediante la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida.
3. Para sí mismo mediante la depresión y el suicidio, los accidentes, el alcoholismo y otras adicciones, así como las enfermedades psicosomáticas.

Varios indicadores sugieren que, en todos los grupos socioeconómicos, la mayoría de los hombres demuestra malos resultados en salud con un mayor riesgo en aquellos grupos subordinados de bajos ingresos. Factores contribuyentes al riesgo elevado incluyen las condiciones laborales adversas y las respuestas al estrés como el uso de drogas u otros comportamientos que tienen un efecto negativo en su salud (12). Los hombres, a menudo, se sienten presionados para garantizar la supervivencia económica, y su sentido tradicional de sí mismos incluye el éxito en el trabajo y ser un buen proveedor, lo que se trata de alcanzar con gran dificultad por aquellos varones pobres y precarizados (13).

Griffith (14) teoriza que los esfuerzos de los hombres de minorías raciales y étnicas subordinados para superar la discriminación, la marginación y las barreras sistémicas aumentan sus niveles de estrés y tensión psicológica y pueden desencadenar respuestas conductuales como tomar riesgos, ciertos comportamientos sexuales y el uso de sustancias que aumentan su riesgo en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas. En el informe de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA, por su sigla en inglés) del 2018 (15), estas disparidades son más

evidentes en las tendencias de la esperanza de vida (EVN). En los Estados Unidos, los hombres afroamericanos mantienen una EVN que es aproximadamente ocho años más corta que la de los hombres hispanos, de 70,7 y 78,7 años, respectivamente, y aproximadamente seis años más corta que la de los hombres caucásicos, de 76,3 años (15). Los jóvenes y los hombres afroamericanos tienen más probabilidades de vivir en la pobreza, tener menos oportunidades educativas, estar subempleados y desempleados, estar encarcelados y expuestos a sustancias tóxicas, experimentar amenazas y realidades delictivas y vivir con necesidades básicas insatisfechas; todo esto, sumado a la discriminación, tiene un efecto negativo en su capacidad para lograr y mantener una buena salud mental y física (15).

En el caso de la población originaria en nuestro continente, se evidencia una alta vulnerabilidad debido a la desigualdad y a la violación de los derechos humanos (16). Esto influye en la pobreza y en su mal estado de salud, condiciones de vida precarias y un acceso limitado a los servicios de salud. Estimaciones indican que pertenecer a un grupo étnico indígena o afrolatino se traduce en diferencias de ingreso de hasta una cuarta parte; y el nacer de padres indígenas aumenta la probabilidad de crecer en la pobreza (16,17). La OPS señala que las poblaciones indígenas y las afrodescendientes, así como aquellas con orientación sexual distinta, son muy vulnerables en salud (1,17).

Perfil epidemiológico de la salud de los hombres

El estado de la salud de los hombres se observa en varios marcadores epidemiológicos y demográficos. En el informe *Masculinidades y salud en la Región de las Américas* se identificó que cerca de 20% de los hombres fallecen antes de los 50 años, lo que explica la feminización de la vejez en la Región (190 mujeres

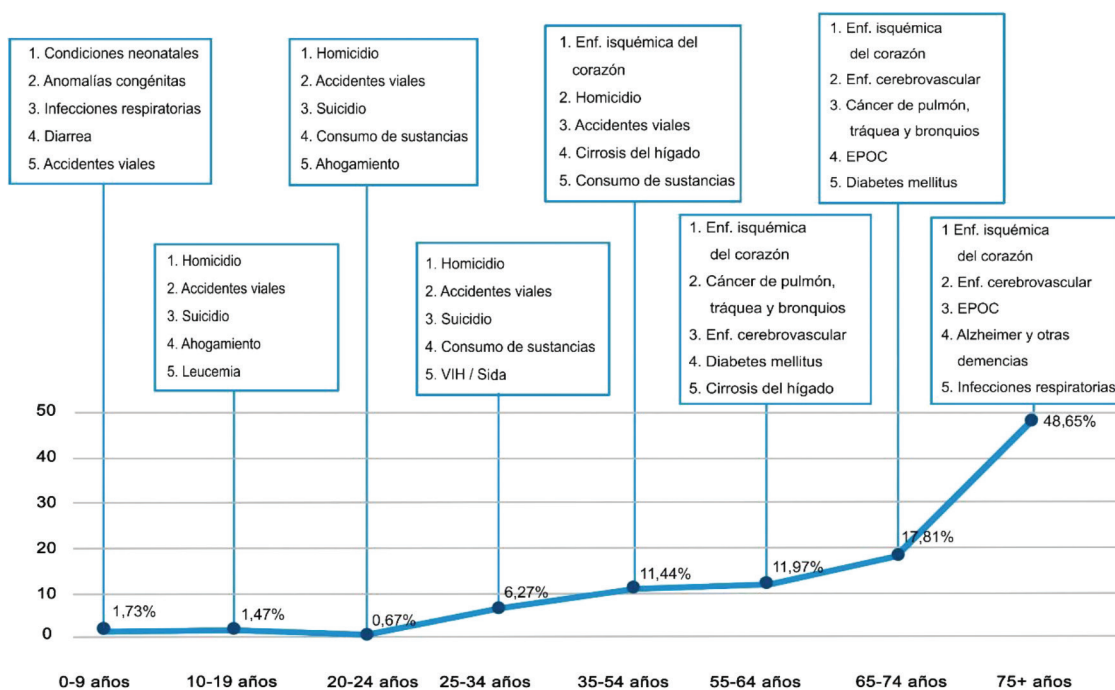
por cada 100 hombres sobre los 70 años). La esperanza de vida al nacer (EVN) apunta a este hecho también (5,8 años menos de EVN que las mujeres), así como el indicador de esperanza de años de vida saludable (4 años más en mujeres) (1).

La distribución de la mortalidad de los hombres a lo largo del curso de vida también es significativa (figura 1). Dentro de las principales causas de muerte de los hombres se observan las siguientes tasas: enfermedades isquémicas del corazón (122,8 por cada 100 000), accidentes cerebrovasculares (41,8 por cada 100 000), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (38,3 por cada 100 000) y diabetes mellitus (34,3 por cada 100 000). Estas causas poseen un amplio espectro de determinantes; sin embargo, para aislar las causas cuya determinación se relaciona especialmente con el género, se realizó una comparación entre los datos de uno y otro sexo. Con este ejercicio se identificaron tres causas que suelen estar vinculadas con la expresión de la masculinidad hegemónica, como la violencia interpersonal con una razón de tasa hombre:mujer de 7,37:1, los accidentes viales (3,4:1) y la cirrosis hepática (2,4:1). En la Región de las Américas, 61,7% (intervalo de confianza del 95%: 50,0-73,6) de las defunciones causadas por cirrosis y otras enfermedades del hígado en el año 2019 se atribuye al consumo de alcohol (18).

Llama la atención el salto en la mortalidad en la población masculina joven a partir de los 15 años con un claro predominio de causas de muerte violenta, cuando su mortalidad triplica en comparación con las mujeres jóvenes (8). Al observar la mortalidad en hombres y mujeres de 15 a 29 años se encuentran brechas aún más marcadas (figura 2).

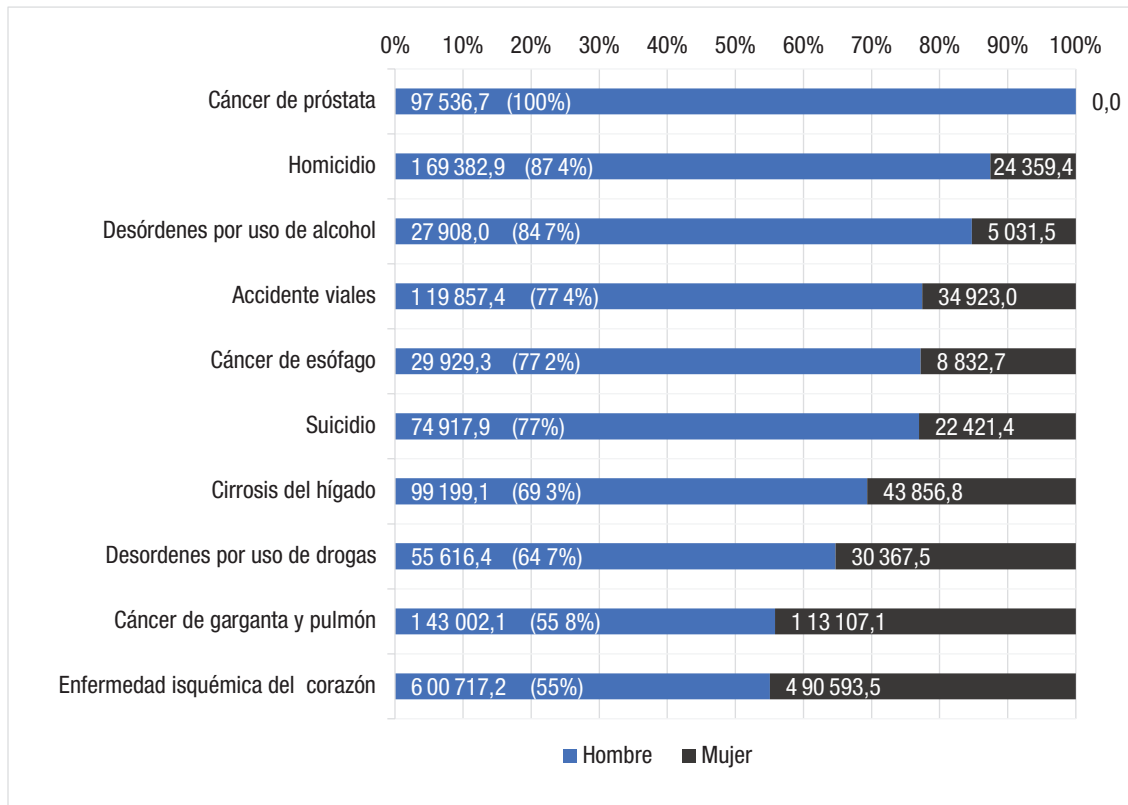
A medida que avanzan los años, aparecen las mismas causas de muerte en hombres y en mujeres, como las enfermedades crónicas no transmisibles, pero también persisten causas específicas de una sobremortalidad masculina, esta última asociada

FIGURA 1. Principales causas de mortalidad por prevalencia acumulada en hombres en las Américas en su curso de vida, 2019



EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: elaborado a partir de la base de datos de Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000 to 2016. World Health Organization.

FIGURA 2. Causas más frecuentes causas de mortalidad diferenciada en hombres en la Región de las Américas, 2019

Fuente: elaborado propia a partir de la base de datos de Global Health Estimates 2019: Deaths. World Health Organization, 2019.

a un conjunto de problemas tales como muertes violentas, accidentes viales, consumo de alcohol y otras drogas, y presencia del VIH/sida, todas ellas prevenibles.

Al analizar la morbilidad masculina mediante los AVPD, aparecen como causas los trastornos musculoesqueléticos (13,6%), enfermedades de órganos sensoriales (12%), la diabetes mellitus (5,5%) y alteraciones como la depresión (4,8%) (cuadro 1). Estos significan una pérdida de años de vida saludable; sin embargo, estas causas poseen una amplia gama de determinantes además del género y las masculinidades. Cuando se analizan las causas de esta diferencia entre sexos, se encuentran factores que afectan a los hombres por los mandatos y normas de género impuestos, como se mencionó. A su vez, existen condiciones asociadas a la biología masculina, como la hiperplasia prostática benigna, pero también determinadas por resistencias al diagnóstico oportuno y las prácticas de autocuidado (cuadro 1).

En el ámbito de la salud en el trabajo, con base en cifras de la Organización Internacional del Trabajo, se analizó la salud laboral en 16 países de la Región de las Américas, utilizando los últimos datos disponibles para estos países. Los accidentes laborales mortales revelan una importante brecha de sexo-género; la tasa en los hombres era de 13,78 por cada 100 000 hombres y en las mujeres fue de 2,95 por cada 10 000 mujeres. En el caso de los accidentes no fatales, los hombres tenían una tasa de 97,7 y las mujeres de 59,6 por cada 100 000 (19).

La bibliografía y los datos analizados describen una expectativa de vida menor y una mayor carga de enfermedad, así como una sobremortalidad y morbilidad estrechamente vinculada a riesgos que aparecen de manera temprana en el curso de vida

(20-22). Esta situación y los resultados en salud de los hombres de las Américas tienen relación evidente con la construcción de las masculinidades basadas en relaciones de poder desiguales.

La pandemia de la COVID-19

En este tema emergente se muestran patrones semejantes en las brechas de género comentadas en este documento. Los datos preliminares de la OMS y de otros estudios indican que los hombres pueden ser más susceptibles a la infección y más propensos a morir que las mujeres (23-26). En un metaanálisis mundial de más de tres millones de casos notificados en el 2020, hombres y mujeres tenían un número similar de infecciones, pero el sexo masculino se asoció con 2,8 veces más probabilidades de ser admitido en unidades de terapia intensiva (razón de momios: 1,39) (23).

En la Región también se observó la gravedad diferencial de la enfermedad (28). De los 1,1 millones de muertes notificadas en el continente americano desde enero del 2020 hasta enero del 2021, se disponía de datos sobre la distribución por sexo y edad en 511 000 fallecidos por COVID-19 (48%) de 23 países. De estas muertes, 60% fueron en hombres. En el caso de la población de más de 70 años, la tasa de mortalidad por cada 10 000 personas fue de 50,69 para los hombres en comparación con 31,59 para las mujeres. Los hombres de 40 a 69 años tenían un riesgo de muerte dos veces mayor que las mujeres del mismo grupo etario (26). Es importante notar que una mayor proporción de hombres tiene una condición de salud subyacente, que puede aumentar de manera significativa el riesgo de morir por

CUADRO 1. Causas más frecuentes de años de vida perdidos por discapacidad en hombres con brecha por sexo a lo largo del curso de vida en las Américas, 2018

Causa	AVPD				Cantidad de AVPD a lo largo del curso de vida						
	Hombre	Mujer	% ^a	Brecha	0 - 5	5 - 14	15 - 29	30 - 49	50 - 59	60 - 69	70+
Trastornos por consumo del alcohol	1 765 880	765 047	3,6	1 000 832	27	8 296	614 805	802 067	217 169	89 071	34 444
Trastornos por consumo de drogas	2 179 546	1 433 744	4,5	745 802	0	979 997	838 930	183 930	183 155	108 905	66 295
Trastornos del espectro autista y síndrome de Asperger	983 214	303 930	2	679 284	63 016	179 155	269 390	266 587	98 369	63 724	42 973
Hiperplasia prostática benigna	464 646	0	1	464 646	0	0	0	34 302	105 700	155 518	169 126
Accidentes viales	839 886	407 064	1,7	432 822	1 092	19 222	120 384	277 292	167 092	137 537	117 266
Pérdida auditiva	3 111 330	2 799 647	6,4	311 683	14 600	84 536	221 657	524 182	508 425	658 313	1 099 607

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates 2018. Burden of disease by cause, age, sex, by country and region, 2000-2016. Ginebra: OMS, 2018.
AVPD, años de vida perdidos por discapacidad.
^aPorcentaje respecto del total de años de vida perdidos por discapacidad en hombres.

COVID-19, como son la enfermedad cardiovascular, la diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (26, 27).

La COVID-19 ha evolucionado rápidamente y ha cobrado millones de vidas, casi la mitad de ellas en las Américas. En Brasil se estima que, como consecuencia de la pandemia, habrá una reducción de 1,31 años en la EVN del 2019 al 2020, con 1,57 años para los hombres y 0,95 años para las mujeres, y una disminución de 3,4 años en la Amazonia (28). Algo semejante se observa en las estadísticas recientes de los Estados Unidos (29), que muestran que, en el 2020, hubo una pérdida de la EVN de 1,5 años en la población general, con 1,8 años para los hombres. Desagregando por etnia, esta EVN disminuyó 3 años para la población hispana, 2,9 años para la población afroamericana no hispana y en 1,2 años para la población caucásica no hispana, con un diferencial desfavorable para los hombres en todos estos grupos.

Políticas y respuestas

El análisis del estado de la salud de los hombres desde la perspectiva de género posibilita nuevas políticas y respuestas de salud que incluyan una mirada relacional. La Declaración de Beijing y su plataforma de acción reconoce que la igualdad de derechos, oportunidades y acceso a recursos, responsabilidades igualitarias asociadas a la familia y una relación de pareja armoniosa, son factores críticos para el bienestar de las mujeres, los hombres y sus familias (30). La plataforma se compromete a facilitar la participación plena de los hombres en todas las acciones hacia la igualdad. Aun con esta premisa, reconocemos que, a pesar de que existe un amplio cuerpo teórico y de investigación respecto al tema de las masculinidades, no se ha logrado su traducción concreta en políticas, programas y respuestas institucionales (1). Sin embargo, hay países e iniciativas que ya integran el género y la perspectiva de las masculinidades en sus políticas y programas de salud pública, frecuentemente impulsadas por organizaciones de la sociedad civil. Un ejemplo es el progreso en legislación sobre las licencias de paternidad, relacionado con la corresponsabilidad en el cuidado. En algunos casos, las políticas tienen un alcance limitado, se enfocan en etapas posteriores del curso de vida en lugar de la adolescencia y la juventud, están fragmentadas y, en general, sin aplicar la perspectiva de género (1). Dentro de los factores que siguen desafiando las políticas de salud de los hombres, se encuentra la autopercepción de los hombres sobre su cuidado de la salud. El informe *Men's health perception* describe que hasta 87% de los hombres desea cuidar de su salud; sin embargo, ante un

problema de salud que no se considere grave, solo 37% asiste a una consulta médica (21). Estos datos subrayan algunos vacíos relacionados con la construcción de las masculinidades y demandan una evaluación, sistematización y comunicación sobre las experiencias existentes.

DISCUSIÓN

Los mandatos tradicionales y hegemónicos de masculinidades, descritos en la *Caja de la masculinidad* y en otros informes internacionales, se convierten en un riesgo para los hombres a través de su curso de vida, sobre todo a raíz de las prácticas de riesgo, el ejercicio de la violencia y el efecto negativo en las prácticas de autocuidado de la salud de los hombres.

En las Américas, los datos disponibles puntualizan claramente la situación desfavorecida de salud de los hombres; la EVN de 5,8 años menor para los hombres y una tasa de mortalidad de 4 a 7 veces mayor en hombres jóvenes, sobre todo por muertes violentas, conlleva a una gran diferencia en AVP. Desde una mirada interseccional, se observan variaciones importantes de los resultados en salud de los hombres en su clase social, su etnia, su orientación sexual y el tipo de trabajo que desempeñan, entre otros determinantes sociales, algo que las estadísticas epidemiológicas binarias no reflejan y un aspecto que se debe superar en investigaciones de corte interseccional ulteriores. Además del costo directo en la morbimortalidad, la masculinidad hegemónica supone un alto costo social para nuestras sociedades si se suman los efectos en campos como la violencia hacia las mujeres, los conflictos bélicos, el narcotráfico, el sistema penal y la seguridad pública.

Si bien emergen algunas iniciativas y programas para atender y prevenir estos problemas, aún existen pocas respuestas sociales organizadas en salud que sean suficientes e integrales y conectadas con otros sectores de la política pública. Este enfoque intersectorial es esencial, ya que la promoción de la salud de los hombres y el fomento de masculinidades positivas sobrepasan a la función del sector salud. Por esto es importante que el entendimiento de la perspectiva de género relacional se inserte en un planteamiento amplio de políticas coordinadas desde y para otros órdenes: laboral, medioambiental y de seguridad y salud, con políticas saludables y salud en todas las políticas, es decir, las que desde otros sectores tienen un efecto positivo en la salud con especial énfasis en los DSS, que afectan de manera directa o indirecta la salud de los hombres. Esto requiere, necesariamente, una amplia participación de los propios hombres.

Conclusiones

El no mirar a la salud de los hombres con lentes de género constituye un sesgo en las políticas y servicios. Las políticas deben mejorar el registro y análisis de los datos sobre la relación entre las masculinidades y la salud de los hombres. En ellas, se deben desarrollar modelos de atención y cuidado para la salud de los hombres que sean nacionales, participativos, integrales e interculturales. Como base fundamental, deben diseñarse y aplicarse programas y acciones transformadoras para la igualdad de género, lo que resultará más eficaz en términos de la mejora de los resultados en salud, también para las mujeres y los niños.

Contribución de los autores. Todos los autores concibieron el informe, recopilaron y analizaron los datos, interpretaron y discutieron los resultados, escribieron y revisaron el manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

Agradecimientos. A Andrés Tellez por su cuidadosa revisión y corrección de estilo del texto final.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

- Organización Panamericana de la Salud. Masculinidades y salud en la Región de las Américas: resumen. Washington D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51667> Acceso en marzo del 2021.
- Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Rev Med Chile*. 2003;131(6):669-78.
- Krieger N. Gender, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *Int J Epidemiol*. 2003;32(4):652-7.
- Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida: conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368> Acceso en abril del 2021.
- Noriega GN. Abriendo brecha: 25 años de estudios de género de los hombres y las masculinidades en México (1990-2014). Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo; 2017.
- Olavarría J. Sobre hombres y masculinidades: ponerse los pantalones. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2017.
- Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gend Soc*. 2005;19(6):829-59.
- Ragonese C, Shand T, Barker G. Masculine norms and men's health: making the connections: executive summary. Washington D.C.: Promundo-US; 2018.
- Heilman B, Barker G, Harrison A. La Caja de la masculinidad, un estudio de lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el reino Unido y México. Washington, D.C. y Londres: Promundo-US y Unilever; 2017.
- Baker P. From the margins to the mainstream: advocating the inclusion of men's health in policy: a scoping study. London: Global Action on Men's Health; 2020.
- Kaufman M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: Valdés T, Olavarría J, editores. *Masculinidad/es*. Santiago de Chile: ISIS/FLACSO; 1997.
- Williams DR. The health of men: structured inequalities and opportunities. *Am J Public Health*. 2003;93(5):724-31.
- Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50(10):1385-401.
- Griffith DM. Centering the margins: moving equity to the center of men's health research. *Am J Mens Health*. 2018;12(5):1317-27.
- American Psychological Association. APA guidelines for psychological practice with boys and men. Washington D.C.: APA; 2018. Disponible en: <http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-boys-men-guidelines.pdf> Acceso en abril del 2021.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Notas de Población 89. Santiago de Chile: CEPAL; 2009. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12859/np89119145_es.pdf Acceso en abril del 2021.
- Deruyttere A. Pueblos indígenas, globalización y desarrollo con identidad: algunas reflexiones de estrategia. Disponible en: <http://documentoskoha.s3.amazonaws.com/12917.pdf>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Deaths attributable to alcohol use. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020. Disponible en: <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>
- Organización Internacional del Trabajo. ILOSTAT. Lesiones profesionales fatales por 100,000 trabajadores según sexo y condición de migrante (%). Ginebra: OIT; 2021. Disponible en: <https://ilostat ilo.org/topics/safety-and-health-at-work/>
- Organización Mundial de la Salud. Men's health and well-being in the WHO European Region. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/381403/who-mhr-fs-eng.pdf Acceso en abril del 2021.
- Global Action on Men's Health. Men's health perceptions from around the globe. Disponible en: <https://gamh.org> Acceso el 17 de setiembre del 2020.
- Global Action on Men's Health. Men's health report; 2016. Disponible en: <http://gamh.org/men4selfcare/> Acceso en abril del 2021.
- Peckham H, de Gruijter NM, Raine C, Radziszewska A, Ciurtin C, Wedderburn LR, et al. Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ICU admission. *Nat Commun*. 2020;11(1):6317.
- Gemmati D, Bramanti B, Serino ML, Secchiero P, Zauli G, Tisato V. COVID-19 and Individual Genetic Susceptibility/Receptivity: Role of ACE1/ACE2 Genes, Immunity, Inflammation and Coagulation. Might the Double X-chromosome in Females Be Protective against SARS-CoV-2 Compared to the Single X-Chromosome in Males? *Int J Mol Sci*. 2020;21(10).
- Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK, Morgan R, Klein SL. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biol Sex Differ*. 2020;11(1):29.
- Conti P, Younes A. Coronavirus COV-19/SARS-CoV-2 affects women less than men: clinical response to viral infection. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2020;34(2):339-43.
- Organización Panamericana de la Salud. Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas de enero del 2020 a enero del 2021. Washington D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53603>
- Castro MC, Gurzenda S, Turra CM, Kim S, Andrasfay T, Goldman N. Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19. *Nat Med*. 2021;27(9):1629-35.
- Ruxton S, Burrell SR. Masculinidades y COVID-19: Haciendo las conexiones. Washington, D.C.: Promundo-US; 2020.
- Organización de las Naciones Unidas. Beijing Declaration and Platform for Action. Beijing: ONU; 1995. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>

Manuscrito recibido el 14 de julio de 2021. Aceptado, tras revisión, el 29 de noviembre de 2021.

Masculinities and men's health in the Region of the Americas

ABSTRACT

Objective. Describe health outcomes for men based on analysis of their interrelationship with masculinities, which will make it possible to identify actions to improve health outcomes of men, women, and children.

Methods. Update and expansion of the findings stated in the report on *Masculinities and Health in the Region of the Americas*, published by the Pan American Health Organization in 2019, which was based on a targeted, up-to-date search for secondary data on men's health and other research addressing the topic.

Results. Men's and women's health is different, not only because of biological factors, but also because of gender constructs and inequalities, and the intersection of social determinants. Considerable differences are seen in mortality and morbidity patterns by sex over the life course, including men's over-mortality from preventable causes such as violent deaths, road accidents, and use of alcohol and other drugs (cocaine, cannabis, and amphetamines, among others). Several causes of mortality and morbidity are linked to expressions of the hegemonic model of masculinity, which endangers the overall health of men and people close to them.

Conclusions. We propose the adoption of coordinated and intersectoral policies with a relational and intersectional gender perspective that includes men, in order to generate health actions in all policies aimed at men in all their diversity, with positive consequences as well for children, adolescents, and women.

Keywords

Men's health; masculinity; gender and health; policies, health.

Masculinidades e saúde dos homens na Região das Américas

RESUMO

Objetivo. Descrever os desfechos da saúde dos homens a partir da análise de sua inter-relação com as masculinidades, que permitirá identificar ações para melhorar os desfechos de saúde de homens, mulheres e crianças.

Métodos. Atualização e ampliação dos achados do relatório *Masculinidades e Saúde nas Américas*, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde em 2019, que foi realizado a partir de uma busca intencional e atualizada de dados secundários sobre a saúde do homem e outras pesquisas que abordam o tema.

Resultados. A saúde dos homens e das mulheres é distinta não apenas por fatores biológicos, mas também pela construção e pelas desigualdades de gênero, e pela intersecção dos determinantes sociais. Existem diferenças importantes nos padrões de morbimortalidade por sexo ao longo do curso de vida, incluindo a sobremortalidade dos homens por causas evitáveis como mortes violentas, acidentes de trânsito, e consumo de álcool e outras drogas (cocaína, cannabis e anfetaminas, entre outros). Várias causas de mortalidade e morbidade estão vinculadas à expressão do modelo hegemônico de masculinidade, que representa um risco à saúde integral dos homens e das pessoas próximas a eles.

Conclusões. Propomos o desenvolvimento de políticas coordenadas e intersetoriais, com perspectiva de gênero relacional e interseccional que inclua homens, a fim de gerar ações de saúde em todas as políticas para a diversidade dos homens, com consequências positivas também para crianças, adolescentes e mulheres.

Palavras-chave

Saúde do homem; masculinidade; gênero e saúde; políticas de saúde.
