

# MASCULINIDADES Y SALUD

en la Región de las Américas



**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



# **MASCULINIDADES Y SALUD** en la Región de las Américas

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C.

2019

Masculinidades y salud en la Región de las Américas

ISBN: 978-92-75-32163-8

eISBN: 978-92-75-32164-5

© **Organización Panamericana de la Salud 2019**

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web ([www.paho.org](http://www.paho.org)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

**Forma de cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2019.

**Catalogación en la fuente:** puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la OPS están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice

<b>Prólogo</b> .....	<b>vi</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lista de siglas y acrónimos</b> .....	<b>viii</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Género y masculinidades</b> .....	<b>6</b>
1.1 Masculinidades desde la perspectiva de género .....	7
1.2 Masculinidades, socialización y salud .....	9
1.3 Hombres y salud: riesgos, vulnerabilidades y cuidado de sí .....	12
<b>2. Masculinidades, riesgos y evidencias en salud</b> .....	<b>18</b>
2.1 Morbimortalidad por causas .....	20
<b>3. Determinantes sociales y salud de los hombres</b> .....	<b>30</b>
3.1 Salud y curso de vida .....	32
3.2 Etnicidad .....	37
3.3 Dimensión del trabajo .....	40
3.4 Los hombres ante la salud sexual y reproductiva .....	41
3.5 Masculinidades en un mundo diverso, globalizado y cambiante .....	63
<b>4. Los hombres en las políticas y los programas de salud</b> .....	<b>48</b>
<b>5. Conclusiones</b> .....	<b>54</b>
<b>6. Recomendaciones</b> .....	<b>62</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>68</b>
<b>Glosario</b> .....	<b>80</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>84</b>
Anexo A. Metodología .....	84
Anexo B. Desarrollo y diversificación del campo de las masculinidades .....	88
Anexo C. Algunos avances nacionales en el trabajo con masculinidades y salud .....	92

# Lista de cuadros y figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo ecológico del género.....	10
<b>Figura 2.</b> La caja de la masculinidad.....	12
<b>Figura 3.</b> Esperanza de vida saludable al nacer y esperanza de vida al nacer, según sexo, Región de las Américas, 2015 .....	19
<b>Figura 4.</b> Distribución porcentual de la mortalidad, años de vida perdidos (AVP) y años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), según sexo, Región de las Américas, 2011-2015 .....	20
<b>Cuadro 1.</b> Diez principales causas de muerte en los hombres, Región de las Américas, 2015 .....	21
<b>Figura 5.</b> Distribución porcentual de la mortalidad entre hombres y mujeres, según causas seleccionadas que afectan mayormente a los hombres, Región de las Américas, 2011-2015 ...	23
<b>Cuadro 2.</b> Principales causas de años de vida perdidos (AVP) en los hombres y las mujeres, Región de las Américas, 2015.....	26
<b>Figura 6.</b> Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud..	32
<b>Figura 7.</b> Principales causas de mortalidad en hombres, a través del curso de vida, Región de las Américas, 2015 .....	33
<b>Figura 8.</b> Principales causas de muerte entre los 15 y 29 años de edad, según sexo, Región de las Américas, 2015 .....	34
<b>Figura 9.</b> Principales causas de años de vida perdidos (AVP) en hombres, a través del curso de vida, Región de las Américas, 2015 .....	36
<b>Figura 10.</b> Métodos anticonceptivos empleados por hombres y mujeres de entre 15 y 49 años, 15 países de América Latina y el Caribe con información disponible, 2006-2013 .....	43
<b>Figura 11.</b> Vulnerabilidades causadas y vividas por las masculinidades .	57
<b>Cuadro C1.</b> Licencias de maternidad y de paternidad en América Latina y el Caribe .....	94

# Prólogo

Es habitual que los datos indiquen que las mujeres, en promedio, viven más que los hombres. A nivel mundial, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es 4,4 años más alta que la de los hombres, y en la Región de las Américas, la diferencia es aún más marcada y asciende a 5,8 años. La mortalidad en los hombres alcanza un punto máximo alrededor de los 15 años, durante la última etapa de la pubertad, cuando se acentúan las diferencias en la socialización masculina y femenina. Esto plantea una pregunta fundamental para la salud pública: ¿cómo afectan estas diferencias en la socialización (que se establecen en la niñez y se afianzan durante los primeros años de la juventud y después) las conductas relacionadas con la salud, los riesgos para la salud y el acceso a los recursos de salud de los hombres?

Hace tiempo que debió abordarse esta pregunta, dado que es mucha la evidencia que ha surgido acerca de las diferencias en la morbilidad y la mortalidad prevenible entre hombres y mujeres. También se ha escrito ampliamente acerca de la manera en que la socialización de las mujeres crea desigualdades de género que tienen efectos negativos en su salud —en especial, en la salud sexual y reproductiva—, además de vulnerabilidades a la violencia. Cada vez es mayor la evidencia de que las diferencias en la socialización también propician numerosas conductas de salud que afectan de manera desfavorable la salud de los hombres. Por ejemplo, tres de las causas principales de muerte en los hombres (violencia interpersonal, traumatismos causados por el tránsito y cirrosis hepática) están vinculadas al ejercicio de la masculinidad, así como el abuso de las sustancias psicoactivas y los problemas de salud mental.

En este informe se proporciona un marco sensible a las cuestiones de género, el enfoque de las “masculinidades”, para determinar cómo las normas masculinas se traducen en obstáculos importantes y duraderos para la salud de los hombres. En el informe se analiza la bibliografía sobre las masculinidades y se examinan de manera crítica los datos de salud para proporcionar una mirada más amplia sobre el estado de salud de los hombres, su interrelación con las construcciones de género, y la manera de formular modelos de atención nuevos y mejores usando el marco de las masculinidades.

Si bien es cierto que en esta Región hay iniciativas que integran el género y la perspectiva de las masculinidades en las políticas y los programas de salud pública, a menudo están impulsadas por organizaciones de la sociedad civil en lugar de los gobiernos y tienden a tener un alcance limitado, dado que se centran en etapas posteriores del curso de la vida en lugar de la adolescencia y la juventud.



El propósito de este informe es impulsar la agenda sobre las masculinidades y la salud, promover estudios adicionales y fomentar a la vez el análisis y la acción entre los encargados de tomar decisiones, el personal de salud y otros asociados. El informe refleja el compromiso continuo de la Organización Panamericana de la Salud con el logro de la igualdad de género en los resultados de salud, que es fundamental a fin de alcanzar la salud para todas las personas en la Región de las Américas.

**Dra. Carissa F. Etienne**

Directora





# Agradecimientos

La presente edición del informe *Masculinidades y salud en la Región de las Américas* fue elaborada por el consultor Benno de Keijzer Fokker, en colaboración con Fernando Mendoza Melchor, Alexis Valenzuela, Ivan Ovando, Edna Cortés Ramírez y Alejandro Loya Jiménez.

La Organización Panamericana de la Salud brindó apoyo a los procesos de diseño y revisión técnica del informe, bajo la dirección de un equipo compuesto por Catharina Cuellar, Lily Jara, Carolina Hommes, Sonja Caffè y Claudina Cayetano.

Se reconoce la importante contribución de los expertos que participaron en la Encuesta Masculinidades y Salud (MyS), así como la de quienes aportaron insumos técnicos al documento (véase el anexo A).

# Lista de siglas y acrónimos

ALC	América Latina y el Caribe
AVP	Años de vida perdidos
AVPD	Años de vida perdidos por discapacidad
DSS	Determinantes sociales de la salud
EVISA	Esperanza de vida saludable
EVN	Esperanza de vida al nacer
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGBTTI	Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales
MyS	Encuesta Masculinidades y Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
VPH	Virus del papiloma humano



# Resumen

Este documento responde a una necesidad observada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que identificó una falta de documentación sobre cuáles son las implicaciones de las masculinidades para la salud de los hombres, cuáles son los principales conceptos y evidencias epidemiológicas, y de las acciones actuales y potenciales dirigidas a la salud de los hombres y a las consecuencias de las masculinidades en la salud de mujeres, adolescentes y niños y niñas en la Región de las Américas. Este trabajo aborda un problema que ha “estado escondido a plena vista” durante mucho tiempo (Baker, 2018).

El análisis de la salud de los hombres desde la perspectiva de género es impensable sin el antecedente del feminismo y de los estudios de género. Se entiende el concepto de género como un esquema de organización social, un conjunto de atributos y roles construidos histórica y culturalmente. Estos se preservan mediante actos en la organización social cotidiana que tienen como objetivo la diferenciación a partir de la categorización biológica y la alineación con un sistema sexo-genérico (Núñez, 2017) que se interioriza a través de la socialización (Sáez, 1990).

La masculinidad es un conjunto complejo de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al hombre en una cultura determinada. Sin embargo, es necesario considerar el concepto de “masculinidades diversas”, que pueden mostrar elementos comunes con la masculinidad hegemónica, pero en las que a la vez están presentes formas muy distintas de ser hombre que también contribuyen a variantes en las trayectorias del proceso salud/enfermedad/atención, a partir de determinantes sociales de la salud (DSS) como la etnia, la clase, la edad, la migración, la orientación sexual, el trabajo y la educación, entre otros (Connell, 1995; Figueroa, 1998). En general, tanto la población afrodescendiente como la indígena presentan mayores inequidades en salud en comparación con el resto de la población. De manera simultánea y compleja, en dichas poblaciones se entrelazan la discriminación por motivos de género, etnia, ingresos u otros, lo que hace necesario abordar las intersecciones de esas discriminaciones.

La masculinidad hegemónica se basa en la división sexual del trabajo y permea la vida tanto de los hombres como de las mujeres. En este orden pueden hallarse claros privilegios para ellos. Con el tiempo, algunas de esas prerrogativas van inflexibilizándose y transformándose en vulnerabilidades para su salud y en riesgos para las mujeres y para otros hombres. Algunas de las características más significativas de la masculinidad hegemónica están sistematizadas en mandatos como la autosuficiencia, la fortaleza, la competitividad, el liderazgo,

los roles de género rígidos, la heterosexualidad y la homofobia, el control, la agresión y el papel de proveedor. Algunas de estas características, como la agresividad y la competencia, contribuyen a las adicciones, las relaciones familiares disfuncionales, a una sexualidad desprotegida y a la incorporación de conductas violentas y temerarias en la conducción de vehículos.

Durante los últimos decenios, la esperanza de vida al nacer (EVN) ha aumentado en general. Aun así, sigue existiendo una brecha de 5,8 años entre mujeres y hombres. Las principales causas de muerte muestran prevalencias muy similares en ambos sexos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], infecciones respiratorias de las vías inferiores, diabetes mellitus, cardiopatías isquémicas y cáncer de pulmón). Sin embargo, algunas de ellas muestran un mayor diferencial y además se vinculan al ejercicio de la masculinidad hegemónica y a sus consecuencias. Son la violencia interpersonal<sup>1</sup> (con una razón en la mortalidad de siete hombres por cada mujer), los traumatismos debidos al tránsito y los suicidios (las muertes de hombres triplican a las de mujeres) y más del doble de muertes masculinas como consecuencia del VIH/sida, el consumo de drogas y la cirrosis hepática.

Los hombres mueren principalmente como consecuencia de enfermedades no transmisibles. Dichas muertes ocurren mayoritariamente entre los 15 y los 49 años. Incluso ha habido un aumento de la mortalidad debida a enfermedades específicamente masculinas como el cáncer de próstata y el testicular. Una alta proporción de ellas ocurre después de años de

exposición a diversas situaciones de riesgo. Realidades como esta suscitan la necesidad de reflexionar respecto de la construcción de las masculinidades y sobre cuál es su efecto específico en la salud de los hombres (Barker, 2005).

Desde la perspectiva del curso de vida se sabe que, hacia los 10 años de edad, la diferencia de mortalidad entre niños y niñas va creciendo como consecuencia de las muertes debidas al tránsito, los homicidios y los ahogamientos. Esto alcanza el punto máximo durante la adolescencia y la edad adulta temprana. El número de muertes se duplica y hasta se triplica, sobre todo como consecuencia de las causas violentas y de los suicidios, que aparecen en esta época de la vida. Algo más de 20% de los hombres mueren antes de cumplir 50 años, lo que equivale a la alarmante cifra de 1 de cada 5. Esto contrasta con las cifras de las mujeres, que no alcanzan ese porcentaje hasta los 60 años.

Persiste la idea de que los hombres son proveedores que carecen de necesidades específicas. Se les considera básicamente agentes productivos, lo que perpetúa y reproduce la división sexual del trabajo (Jiménez y Tena, 2015), aunque cada vez más mujeres se inserten en el mercado laboral. Este mandato masculino choca con la realidad de la creciente inestabilidad laboral, lo que lleva a los hombres a poner en riesgo su salud con tal de mantener su rol (Valenzuela, 2008; Olavarría, 2013, 2017).

El análisis del proceso salud/enfermedad/atención de los hombres desde una perspectiva del curso de vida permite identificar oportunamente distintos riesgos y problemas, y atenderlos. Es también una ocasión para encontrar oportunidades para ubicar los activos (Hernán et al., 2010) que apunten a la prevención y promoción de la salud para articular así una política de salud integral.

---

1 La violencia interpersonal incluye la violencia familiar o de pareja, y la violencia comunitaria entre personas que no guardan parentesco, que pueden conocerse o no y que por lo general sucede fuera del hogar. Lo que la distingue de la violencia colectiva es la proporción de individuos involucrados, que en este caso son grupos formados por varios integrantes o violencia ejercida por el Estado (OPS, 2003).

En lo que respecta a la sexualidad, según el informe de IPAS-Bolivia (2016) los hombres tienden a no reconocer sus problemas por vergüenza o porque no saben cómo hablar de sus dudas y sentimientos. En cambio, basan el ejercicio de su sexualidad y su reproducción en las creencias y las actitudes que han adquirido durante su proceso de construcción de “cómo ser hombres”. Su participación en la anti-concepción y la planificación familiar es importante para manejar su vida sexual, afectiva y reproductiva. Sin embargo, históricamente esto se ha considerado un asunto y una responsabilidad de las mujeres. El empleo o su ausencia es una de las condiciones que limitan la participación plena en la crianza (Molina, 2011). Otro tema reproductivo central es la participación de los hombres en el parto y la paternidad. En estos aspectos se ha registrado un cambio sobre todo en los padres jóvenes, que muestran un deseo de participar activamente en el parto y la crianza de sus hijos y sus hijas.

Este informe describe cómo la salud y el bienestar de los hombres en la Región es producto de múltiples factores, uno de los cuales es la construcción de la masculinidad o las masculinidades. Los hombres de las masculinidades subordinadas (por ejemplo, de la población indígena, afrodescendiente y la comunidad de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales [LGBTTI]) son estigmatizados por la sociedad, pero también por el sistema de salud, según indica Escobar en la Encuesta Masculinidades y Salud (MyS, véanse los anexos), donde además destaca que los equipos de salud no han sido capacitados para prestar atención específica a estos grupos. Los hombres homosexuales sufren la homofobia institucionalizada y esto hace que sean más propensos a contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Históricamente, en la literatura científica se ha visto a los hombres como un obstáculo para aplicar las políticas de género (Barker et al., 2012). Sin embargo,

desde la sociedad civil y gracias al apoyo de diversos organismos se han diseñado estrategias de trabajo con hombres que abordan temas como la violencia, la salud sexual y reproductiva, y las paternidades. Dichas estrategias han obtenido resultados y las políticas oficiales deberían recuperarlas. Por sus limitados recursos y coberturas, muchas de las que se dirigen a la salud de los hombres aún suelen ser marginales, insuficientes y tardías. En algunas de las conclusiones principales de este documento se destaca la enorme sobremortalidad masculina, que está claramente vinculada al ejercicio de la masculinidad hegemónica, a los DSS y a la falta de una respuesta social integral que permita atender y prevenir esta situación.

Hoy día se reconoce ampliamente que la prevención y promoción de la salud de los hombres rebasan la labor del sector de la salud. Por ello es importante que la comprensión de la perspectiva de género relacional<sup>2</sup> se inserte en un planteamiento amplio de políticas coordinadas desde y para otros órdenes, como el laboral, el medioambiental, el de la seguridad y, por supuesto, el de la salud. Ello tiene como objetivo dar lugar a políticas saludables, también conocidas como salud en todas las políticas. Es decir, las que desde otros sectores impactan positivamente en la salud, con especial atención a los DSS que afectan directa o indirectamente a la salud de los hombres. Para ello es necesario lograr una amplia participación de los propios hombres.

Las recomendaciones con las que concluye este documento apuntan a la necesidad de un mayor número de investigaciones, al establecimiento de políticas y programas relacionales de género en salud que atiendan a los DSS, a la formación de recursos humanos en salud y a la integración de esta perspectiva en el propio funcionamiento del sector de la salud.

---

2 Perspectiva que pone de relieve la necesidad de considerar la interrelación de lo que sucede con las mujeres y los hombres, en este caso, en el campo de la salud.





# Introducción

Este documento responde a una convocatoria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cuyo objetivo es desarrollar un documento conceptual acerca de las masculinidades y sus implicaciones en la salud. La premisa era que dicho documento incluyera las áreas específicas para profundizar el análisis y las intervenciones potenciales dirigidas a la salud de los hombres, así como las consecuencias de las masculinidades para la salud de las mujeres, los adolescentes y los niños y niñas en las Américas.

Se constituyó un equipo multidisciplinario que, junto con un consultor principal, diseñó la lógica, la estructura y la metodología del trabajo. Una vez aprobado el proyecto se realizó una revisión exhaustiva de la información epidemiológica de las bases de datos de la OPS, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y otras fuentes, así como de la bibliografía disponible sobre el tema. Complementariamente se realizó una consulta a 32 personas expertas en el tema originarias de 12 países a través de la Encuesta Masculinidades y Salud (MyS). Esta información se sistematizó y se integró en los distintos apartados del documento. El borrador final fue revisado nuevamente por un equipo de personas expertas para dar lugar a la versión final. En el anexo A se especifica con más detalle la metodología empleada y quiénes participaron en la encuesta.

En este documento queda reflejada la complejidad de las masculinidades y la salud de una forma que pretende ser accesible para los encargados de la toma de decisiones, así como para el personal de salud y de campos afines en el continente. Analizar a los hombres y su salud desde la perspectiva de género es relativamente novedoso, aunque el género sea uno de los principales DSS.

Este documento consta de seis apartados: 1) un marco conceptual acerca de las masculinidades, la socialización masculina y su relación con la salud; 2) evidencias epidemiológicas acerca de la salud de los hombres; 3) los DSS presentes en el tema; 4) un apartado sobre las políticas y programas; 5) conclusiones, y 6) recomendaciones. Al final del documento se añaden las referencias bibliográficas. Dado el volumen de información consultada se han incorporado varios anexos que permiten profundizar ciertos aspectos.

El producir este documento ofreció la oportunidad de construir una visión colectiva tan necesaria acerca de un conjunto de problemas tan vasto y complejo. Los contenidos nos colocan en una buena posición para hacer diversas recomendaciones que permitan poner en marcha una respuesta social integral en la Región de las Américas.

**Género y masculinidades**





## 1.1 Masculinidades desde la perspectiva de género

El presente análisis de la salud masculina desde la perspectiva de género sería impensable de no contar con el antecedente del feminismo en general y de cómo se ha aplicado específicamente para comprender los problemas de las mujeres en campos como la salud, la sexualidad, la reproducción y la violencia. Gracias a ese antecedente se abre ahora la posibilidad de entender a los hombres desde la perspectiva del género en esos mismos campos.

El concepto de género va más allá de lo biológico y reproductivo y se entiende como el conjunto de atributos (símbolos y normas) y roles (identidades) de construcción histórica y cultural que se preservan a través de actos en la organización social cotidiana, cuyo objetivo es la diferenciación a partir de características biológicas y la conformidad con un sistema sexo-genérico (Núñez, 2017). Se entiende el sistema sexo-género como el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas (Rubin, 1975, citado en Lamas, 1996). Dicho concepto permite entender cómo las diferencias entre hombres y mujeres se convierten en desigualdad y subordinación para ellas. Estas diferencias sexo-genéricas tienen como sustrato la división sexual del trabajo (Olavarría, 2017). El género se interioriza a través de la socialización, entendida como un complejo y detallado proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo, un proceso por el que el ser humano transita durante todo el curso de su vida (Sáez, 1990).

La irrupción de la categoría de género permite cuestionar y revisar el persistente binarismo de las culturas actuales, entendido como la tendencia de la mayoría de las sociedades a clasificar casi todo en dos grupos de elementos que no son solo diferenciados, sino opuestos. Es lo que sucede cuando se polariza lo que se considera “masculino” y “femenino”, y se atribuye a estos polos una serie de características, atributos, funciones y valores que pueden cla-

**El concepto de género va más allá de lo biológico y reproductivo y se entiende como el conjunto de atributos (símbolos y normas) y roles (identidades) de construcción histórica y cultural que se preservan a través de actos en la organización social cotidiana.**

sificarse de formas distintas en diversas culturas o en diferentes épocas.<sup>3</sup> Vicent (2008) plantea que, en esencia, casi todas las características humanas (desde las funciones y las emociones hasta los colores) son fundamentalmente neutras, aunque distintas culturas las atribuyen a un determinado género. Esta polarización rígida ha sido cada vez más cuestionada por el amplio movimiento de mujeres, el movimiento LGBTTI y por los primeros analistas de las masculinidades como elemento limitante del desarrollo de las potencialidades y los derechos de las personas.

La perspectiva de género nace en la década de 1980 como respuesta a la necesidad de entender y denunciar la condición subordinada de las mujeres, y abre las puertas a la posibilidad de entender la condición masculina (Kimmel, 1992). Esta posibilidad fue fomentada por la invitación a la participación de los hombres con la que se cerraron la V Conferencia de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995, así como por las políticas internacionales de salud centradas en aspectos como la salud reproductiva, la lucha contra el VIH/sida y la violencia doméstica. Todo ello sentó las bases de una perspectiva de género relacional que permite no solo conocer las condiciones específicas de las mujeres o de los hombres, sino la oportunidad de reconocer las desigualdades y de superarlas.

**En las diversas masculinidades pueden existir elementos comunes asociados a la masculinidad hegemónica, en la que también están presentes formas muy diversas de ser hombres que contribuyen a trayectorias distintas del proceso salud/enfermedad/atención.**

Parrini (2000) utiliza una metáfora para afirmar que los estudios de las masculinidades nacen como “la costilla de Eva”. Como campo de conocimiento, estos estudios han tenido un importante desarrollo y diversificación temática, primero en la literatura europea y anglosajona, y luego en la producción de América Latina y el Caribe (ALC). Esto se desarrolla más ampliamente en el anexo B, que sirve como guía básica para profundizar en este campo.

El análisis de género también permite reconocer la diversidad de lo masculino y lo femenino. Más allá de los opuestos binarios presentes en las estadísticas, tanto en lo biológico como en lo cultural existe una secuencia que tiene en sus extremos lo que podría definirse como lo hipermasculino y lo hiperfemenino. Esto permite hablar de masculinidades diversas, en las que pueden existir elementos comunes asociados a la masculinidad hegemónica, en la que también están presentes formas muy diversas de ser hombres que contribuyen a trayectorias distintas del proceso salud/enfermedad/atención.

A partir de lo anterior puede definirse la masculinidad como un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. Connell (1995) señala la existencia de un modelo hegemónico<sup>4</sup> de masculinidad definido como un esquema culturalmente construido en el que el varón es primordialmente dominante.

3 Un ejemplo es la moda masculina del *gentleman* en el siglo xviii, que en la actualidad se consideraría “afeminada”, o el uso de falda en Escocia como una prenda de vestir reconocidamente masculina.

4 Aquí se plantea la hegemonía como una forma de dominio articulada a la generación de ciertos grados de consenso tanto por parte de los hombres como de las mujeres y que suele ser tóxica por sus consecuencias.

Este modelo sirve como base para discriminar y subordinar a las mujeres y a otros hombres que no se adaptan a este modelo o no lo pueden alcanzar. Esta masculinidad hegemónica da lugar a prácticas de género que refuerzan la legitimidad del patriarcado y garantizan la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres. Así, no solo oprime a las mujeres sino también a otras masculinidades a las que se subordina en virtud de su edad, clase, raza, orientación sexual, etcétera (Figueroa, 1998). De este modo, cada hombre se encuentra ubicado en un continuo en el que comparte lo común y lo diverso con otros hombres en distintos grados. Más adelante se retomará la perspectiva de los DSS, que permite entender estas otras dimensiones que interactúan con la de género en la vida de los hombres y que dan lugar a la interseccionalidad.

Con sus variantes nacionales y regionales, en la Región de las Américas ha predominado una forma hegemónica de socializar a los hombres (con frecuencia denominada machismo) cultural e históricamente construida y que varía en las distintas clases o etnias, pero que siempre sirve de referente, incluso a las formas de socialización alternativas o marginales. Esto significa que un niño o joven socializado en una familia donde los roles y diferencias de género están ausentes acabará entrando en contacto con la masculinidad hegemónica en espacios como la escuela, otras familias, las redes de jóvenes, el trabajo o en su proceso de migración a otras regiones (De Keijzer, 2010).

Considerar a los hombres desde una perspectiva de género quiere decir articular la especificidad de género (donde se tienen en cuenta sus necesidades específicas como hombres) y la sensibilidad de género (es necesario no perder de vista el objetivo de un ejercicio igual de los derechos entre mujeres y hombres) (Medrado y Lyra, 2008). El presente documento asume que la condición de hombre se construye social y culturalmente (con un fuerte eje cimentado

en el género). Como consecuencia de dicha construcción, los hombres son seres cuyas acciones afectan a su propia salud, y también a la de otras y otros. Además son sujetos capaces de impulsar cambios que pueden contribuir a mejorar su salud y la de otras personas.

Otro antecedente importante para entender las masculinidades es el desarrollo de los llamados estudios gays. Como movimiento, estos estudios representan a los primeros hombres que empiezan a preguntarse sobre su identidad y a romper con la masculinidad hegemónica, fundamentalmente en el ámbito de la sexualidad. Cuando las sociedades, las políticas y los programas actuales apenas están logrando asimilar las demandas y los aprendizajes del feminismo, empiezan a aumentar con fuerza los retos que plantean otras formas de diversidad sexual, entre ellas las del transgenerismo y la intersexualidad. Esto provoca confusión y resistencias a una proporción importante de hombres, que varía en cada país. Sin embargo, observar y analizar a los hombres desde la perspectiva de género también nos ofrece la posibilidad de reflexionar y cambiar. Ahí reside su gran riqueza y potencial.

## **1.2 Masculinidades, socialización y salud**

Históricamente el género masculino ha dominado el campo de las ciencias y la narración histórica. Esto ha llevado a afirmar que tanto la ciencia como la historia se forjan desde una visión masculina y patriarcal, una idea que ya señalaron Castro y Bronfman en 1993. Al analizar a los hombres desde una mirada de género se inaugura una nueva perspectiva reflexiva y crítica de la construcción de las masculinidades. Si bien los hombres han estado presentes en gran parte de la bibliografía feminista en calidad de opresores, hasta hace muy poco no aparece una corriente orientada a entenderlos desde su situación y construcción social (Kaufman, 1997; Kimmel, 1997; Núñez, 2017).

Apartir de la división sexual del trabajo, la masculinidad hegemónica permea la vida tanto de los hombres como de las mujeres:

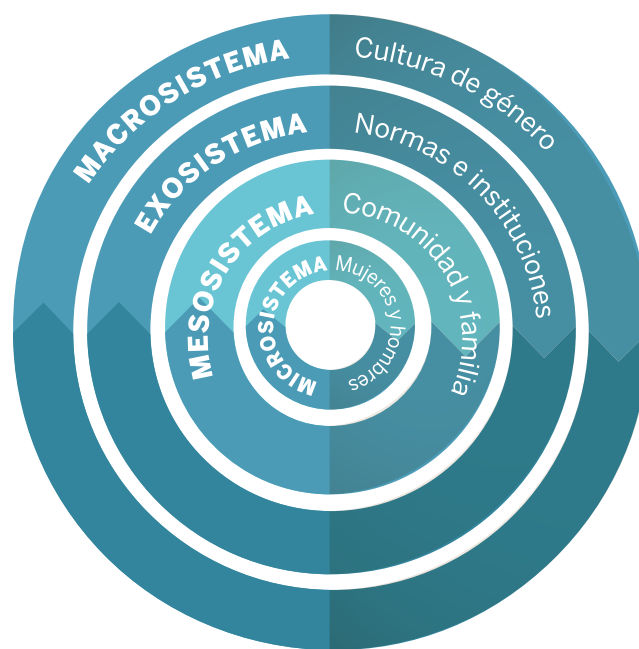
La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación en la que se apoya: es la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos (Bourdieu, 2000, p. 22).

Este orden de desigualdad se construye mediante procesos de socialización donde existen claras ventajas para los hombres. Con el tiempo y su normalización rigurosa, algunas de ellas pueden ir transformándose en un costo no solo para la salud de ellos, sino también para la de las mujeres y la de otros hombres. Muchas de estas características asignadas terminan siendo naturalizadas, lo mismo que las diferencias con las mujeres. Entonces, “[e]l género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y [...] es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1986, citada en Lamas, 1996). Las diferencias de género aparecen antes de que las niñas y los niños descubran sus diferencias sexuales biológicas o las relativas a la raza o la etnia (Fuller, 1997).

Dichas características se asignan a niños y niñas desde la infancia a través de la familia, así como mediante diversas redes e instituciones (figura 1). Se incorporan porque son y parecen ventajosas para las relaciones de poder entre géneros, es decir,

son características más valoradas socialmente. Estas ventajas suelen ser invisibles o se niegan parcial o totalmente, sobre todo en el caso de los hombres. Más que hablar de una determinación rígida a través de la socialización que crea automáticamente cierto tipo de hombres es más útil considerar dicha determinación como un establecimiento de presiones y límites (Williams, 1977) que intervienen en las vidas de hombres concretos. Se presiona o se facilitan los medios para incorporar las prácticas masculinas hegemónicas y se limitan otras prácticas que sean distintas. Estas presiones y límites pueden aceptarse, modularse

**Figura 1. Modelo ecológico del género**



Fuente: Reproducción autorizada por Gendes et al. 2018 (p. 42).  
Nota: Este gráfico retoma el modelo ecológico de Bronfenbrener citado por Heise et al. para dar una visión más sistémica de los procesos, que permite entender la complejidad tanto de los problemas como de los cambios partiendo de lo micro (las personas) hacia el mesosistema (familia y comunidad) y los dos sistemas más amplios donde aparecen las instituciones y las leyes (exosistema) y la cultura de género como un todo (macrosistema).

o contradecirse en diversos grados o momentos. Un ejemplo de ese tipo de presiones es tener que mostrarse siempre seguros de sí mismos e invulnerables en aspectos tan diversos como la salud, el trabajo o la sexualidad. En términos de prohibiciones, esos límites se manifiestan en no llorar, no temer o no huir (Bonino, 1989; Valdes y Olavarría, 1998; Connell y Messerschmidt, 2005; Valenzuela y De Keijzer, 2016).

Es llamativo que muchos de los ritos de transición hacia el “ser hombre” supongan un riesgo para los niños y los jóvenes, y a veces incluso para otras personas. Esto lleva a pensar en la posibilidad de generar otro tipo de rituales que no tengan ese costo potencial (De Keijzer, 2004). Así, “[los hombres] aprendimos desde pequeños que la violencia es un atributo que puede definirnos como hombres” (Guzmán, 2014, p. 4). Seidler (2006) señala las dificultades entre la vida emocional de los jóvenes y su expresión pública, atrapados en identidades masculinas con las que no se identifican. Por su parte, Bonino (1995) acuña el término “micromachismos” para referirse a los comportamientos “invisibles” de violencia y dominación que casi todos los varones realizan cotidianamente en sus relaciones con las mujeres y que tienen un efecto sobre su autonomía y su psiquismo.

Algunas de las características más significativas de la masculinidad hegemónica se han sistematizado en la investigación llamada *The Man Box* [La caja de la masculinidad], que se recupera aquí enriqueciéndola con investigaciones convergentes, de lo que resulta el esquema que se muestra en la figura 2.

**El término  
micromachismos  
se refiere a los  
comportamientos  
“invisibles” de violencia  
y dominación que  
casi todos los varones  
realizan cotidianamente  
en sus relaciones con  
las mujeres y que tienen  
un efecto sobre su  
autonomía y psiquismo.**

Características como la agresividad y la competitividad contribuyen a que los hombres incorporen conductas violentas y temerarias en la conducción de vehículos, las relaciones familiares y la sexualidad, así como las adicciones, algo que Bonino (1989) y De Keijzer (1998) plantearon ya en la década de 1990. Esto concurre con la sobrerrepresentación de hombres en la cárcel, donde se da una sinergia negativa en su salud (Sabo, 2000).<sup>5</sup> Dichas consecuencias se abordan con mayor profundidad en el siguiente

apartado.

Distintos autores del Caribe inglés señalan la existencia de un patriarcado colonial, capitalista y blanco vinculado a normas heterosexuales masculinas, de consumo, con creencias sobre la superioridad racial blanca y con acatamiento de esquemas de identidad externos. Es un sistema frustrante para los hombres jóvenes no blancos, que se sienten insatisfechos con el lugar que ocupan y que dedican una gran cantidad de energía a tratar de participar en las últimas modas y tendencias. Son hombres jóvenes cautivados por la imagen de sí mismos como sexualmente agresivos y ansiosos por mostrar su destreza (Bennett, 2014), un reflejo de la normativa masculina hegemónica hiperagresiva e hipersexual. Esto es un grave problema que se expresa en el aumento de la violencia sobre todo entre la población joven, cuyo indicador de alarma es la sobremortalidad de los hombres (Bennett, 2014; James y Davis, 2014).

Es evidente cómo muchos de los estereotipos y mandatos se transmiten a través de las familias,

<sup>5</sup> Esta situación se representa de forma dramática en el documental *The Mask You Live in* [La máscara con la que vives], dirigido por Jennifer Siebel Newson.



**Figura 2. La caja de la masculinidad**

Fuente: Elaborada a partir de Heilman (2017), Jiménez (2015) y Reddock (2004).

pero también mediante los distintos niveles de una sociedad. Las ideas anteriores permiten contextualizar dichas influencias en el marco ecológico propuesto por Heise et al. (1994), que apunta a un análisis más complejo de todos esos problemas (véase la figura 1). Su enfoque invita a observar lo que ocurre en varios niveles: el personal, el de las relaciones interpersonales (incluidas las de pareja), el de las instituciones (escuela, iglesia, etc.) y el de las políticas públicas. La perspectiva de género permite ir desde lo subjetivo hasta lo social y estructural con una compleja articulación de niveles intermedios. Además, sirve para pensar los distintos niveles de intervención cuando se desean impulsar cambios hacia la igualdad de género.

### **1.3 Hombres y salud: riesgos, vulnerabilidades y cuidado de sí**

En el campo de la salud es esencial contar con una perspectiva de género relacional que compare la situación de los hombres y las mujeres en contextos específicos, y que dé cuenta de cómo dichas situaciones se influyen mutuamente. Los hombres y las mujeres viven una socialización diferencial según su sexo, lo que conlleva trayectorias distintas de acceso a los recursos, la generación de vulnerabilidades divergentes, distintas formas de autocuidado, así como patrones de búsqueda de ayuda diferenciados. La salud muestra en varios ámbitos las consecuencias que la desigualdad tiene para las mujeres y, a la vez, sirve



como observatorio privilegiado para analizar los altos costos que la socialización masculina tiene para los hombres (De Keijzer, 2016).

En el campo de la salud, estas consideraciones apuntan al logro de una meta en relación con la igualdad de género en la salud que significa que las mujeres y los hombres se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por razón de género (OPS, 2005).

Está demostrado que las mujeres cargan con una vulnerabilidad diferencial debido a los diversos problemas asociados a la reproducción (embarazo, parto y puerperio), así como a numerosas inequidades asociadas a dichos procesos y a su condición femenina, a las infecciones de transmisión sexual (ITS), además de a la violencia de género (desde la violencia psicológica hasta el feminicidio). A ello se suma una calidad insuficiente en la atención a estos problemas asociada a su condición de mujeres, que puede deteriorarse aún más debido a su clase social u origen étnico. Por su parte, los hombres cargan con una mayor morbilidad en muchos otros problemas de salud pública, tal como se verá en el siguiente apartado.

Es un fenómeno relativamente nuevo que la sociedad civil, el ámbito académico, algunos organismos internacionales y ciertos programas oficiales del sector de la salud empiecen a ver la salud de los hombres desde una perspectiva de género. Se puede afirmar que los hombres siguen identificados desde el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990) y desde la cultura vigente con una mirada tradicional y andro-

céntrica (Castro y Bronfman, 1993). Es decir, se les ve como proveedores que carecen de necesidades específicas más allá de las del *Homo faber*, el hombre visto como productivo. Contradictoriamente, esto ocurre en un contexto en el que el trabajo, sobre todo formal, escasea cada vez más y con ello la posibilidad de ser los principales proveedores (Burin y Meler, 2000; Jiménez y Tena, 2007).

Esta mirada permeada por la biología y el cientificismo ve a los seres humanos, tanto hombres como mujeres, desde la óptica de las especialidades. Así, cuando los analiza, los separa, los desintegra y pierde de vista los elementos que unen y explican los distintos problemas de salud. Una perspectiva que precisamente permite revisar y articular todo es la del género. No deja de ser paradójico que, a pesar de que los hombres han servido históricamente como medida y paradigma, terminen siendo relativamente invisibles como sujetos que también son vulnerables.

Históricamente la medicina y después la epidemiología han tomado nota de los patrones diferenciales de enfermedad y muerte distinguiéndolos por sexo, con un análisis realizado desde una perspectiva biológica. La perspectiva de género apunta a explicar las trayectorias diferenciales de mujeres y hombres también desde una mirada social y cultural atravesada por las relaciones de poder. La mirada de género no ignora que existen enfermedades o predisposiciones donde el sexo biológico es el factor dominante, aunque la vivencia y la acción ante las mismas también tiendan a ser distintos en mujeres y hombres (Garduño, 2011). En este campo de análisis, Courtenay (1998) y Sabo (2000) son precursores del análisis de los hombres y la salud en la bibliografía estadounidense.

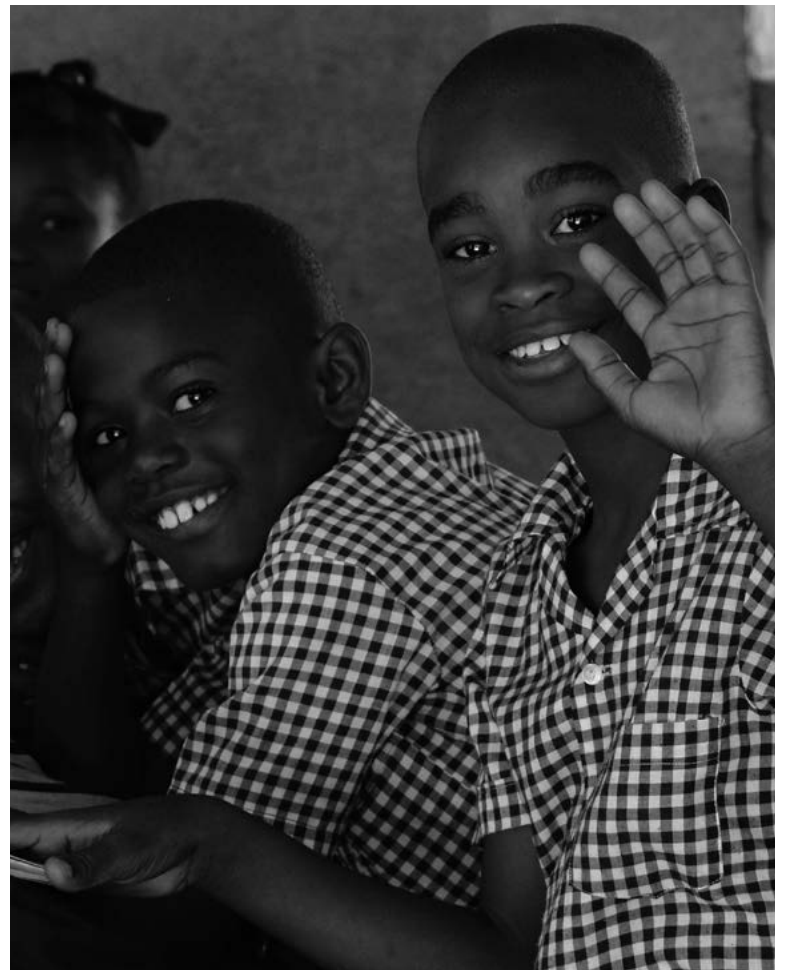
El género es uno de los grandes determinantes estructurales de la salud, la enfermedad y la muerte que se articula con otras dimensiones, como la de clase o

la étnica. Para realizar este análisis se ha asumido el concepto de interseccionalidad, que tiene su origen en la teoría sociológica feminista (Crenshaw, 1989). Esta teoría permite analizar y discutir las formas en que la opresión se entrecruza a menudo, creando experiencias de discriminación únicas y variadas. Por ejemplo, la vulnerabilidad ante las ITS en hombres que tienen sexo con hombres es aún mayor en los varones jóvenes, pobres, o indígenas o afrodescendientes (Centers for Disease Control and Prevention, 2017; Frasca et al., 2013). Estas formas de intersección se abordan en el apartado de DSS.

El género como categoría aún no ha desarrollado su potencial para comprender mejor los procesos diferenciales en la salud de mujeres y hombres. Es difícil imaginar algún campo o problema de la salud en el que el género no esté presente en cierta medida, ya sea en el origen del problema o en su evolución y su

atención. El análisis del proceso salud/enfermedad/atención de los hombres desde una perspectiva del curso de vida permite identificar distintas vulnerabilidades y problemas y atenderlos oportunamente, además de encontrar oportunidades de ubicar los activos (Hernán et al., 2010) que apunten a la prevención y la promoción de la salud, con el fin de poder articular así una política de salud integral.

Para entender y sintetizar las consecuencias de la socialización masculina resulta útil el concepto de la masculinidad como factor de riesgo (De Keijzer, 1998), como un eje en el trabajo sobre las masculinidades, su construcción social y la forma en que afecta a la vida de las mujeres. Retomando la “tríada de la violencia” que propone Michael Kaufman (1997), desde una socialización en la masculinidad hegemónica, el hombre conformaría una tríada de riesgo que también se ha denominado masculinidad tóxica:





- 1) Hacia la mujer, las niñas y los niños** mediante los diversos tipos de violencia, el abuso de sustancias psicoactivas, las ITS, los embarazos forzados, 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 VIH/sida.
- 3) Para sí mismo** mediante el suicidio, los accidentes, el alcoholismo y otras adicciones, así como mediante las enfermedades psicosomáticas.

Aquí puede hablarse también de la vulnerabilidad en los hombres, que se origina en espacios y contextos precarios, y que frecuentemente se refleja en una presencia minoritaria o de menor poder. Es una precariedad ligada a la etnia, la pobreza, la dispersión geográfica o la ruralidad, o a las minorías sexuales. En este sentido, hay que aclarar que los hombres que viven en estas condiciones no están exentos de ejercer los privilegios del modelo cultural de la masculinidad hegemónica y que, por lo tanto, a la vez que sufren discriminación o violencia, también pueden asumir prácticas de riesgo para sí mismos o para otras personas que sean acordes con el modelo de la masculinidad hegemónica. La masculinidad implica entonces una sinergia (Sabo, 2000) entre la asunción de riesgos y la vulnerabilidad,<sup>6</sup> una dupla que juega con altos costos sobre el bienestar y la salud en el ser hombres. A modo de ejemplo, se puede pensar en los traumatismos causados por el tránsito. Un hombre que circula a alta velocidad después de consumir alcohol y consultando su celular atropella a un hombre vulnerable que regresa de su trabajo, después de

<sup>6</sup> Se entiende el riesgo como aquellos actos o condiciones socioambientales que aumentan la probabilidad de ocurrencia de enfermedad o lesión, mientras que la vulnerabilidad apunta a la susceptibilidad al daño de acuerdo a la exposición a tensiones sociales y ambientales, la respuesta y la capacidad de recuperación. Es un indicador de inequidad y desigualdad social (Araujo, 2015; Neil, 2006).

doblar turno y que cruzaba la calle rumbo a su casa en un barrio empobrecido.

Rivas (2006) advierte que la noción de la tríada del riesgo no debe conducir a la generalización, sino que hay que dar cuenta también de otras formas de ser hombre y otras dimensiones potencialmente constructivas de la masculinidad. Es evidente que no todos los hombres constituyen un riesgo y que, los que lo son, no lo son a tiempo completo. Debe desarrollarse una mirada desde la salutogénesis, apuntando a las causas de la salud, para destacar también las formas de ser hombre en las que priman el autocuidado y el cuidado del otro y la otra (Antonovsky, 1996). Esto incluye a las masculinidades sensibles, respetuosas y comprometidas, por ejemplo, con una paternidad activa e integral (Aguayo y Kimelman, 2014), así como a los hombres que se ocupan profesionalmente del cuidado en la salud y que se incorporan a carreras históricamente femeninas como las de enfermería, terapia ocupacional y trabajo social (Valenzuela, 2016). Sin embargo, el recorrido de una ruta contraria a la de la enfermedad y la patología es aún poco conocido.

Esta perspectiva lleva a hacerse varias preguntas. ¿Cómo es la socialización, la trayectoria y la experiencia de los hombres que tienden a cuidar su salud? ¿Quiénes son esos hombres? ¿Dónde están? ¿Qué se puede aprender de ellos? Obviamente no aparecen en las tablas de mortalidad y morbilidad. A ellos, la salud pública, muy atenta a prevenir y detectar la enfermedad tempranamente, tiende a dejarlos al margen. Se trata de entender lo que puede significar para nuestro pensamiento en el campo de la salud, sobre todo en la construcción de iniciativas de prevención y promoción de la salud que sean sensibles a las distintas realidades que propician estas conductas saludables (De Keijzer, 2016). ¿Cómo se construyen, por ejemplo, una juventud sana y creativa o una jubilación y una vejez plena y exitosa? Desde su perspectiva salutogénica, Antonovsky (1996)

observa “río arriba”, es decir, de forma anticipatoria, para hacer nuevas preguntas con el fin de proponer programas y políticas pensando desde la salud y no solo desde la enfermedad y su prevención. Esta perspectiva está presente en iniciativas de la sociedad civil como el Programa H (Salud y Género, 2010), MenEngage<sup>7</sup> y MenCare<sup>8</sup>.

Otro concepto para pensar en esta línea es el del cuidado de sí creado por Foucault, que Muñoz (2013) aplica para analizar la relación que los hombres establecen con su cuerpo y su salud. Esta perspectiva va contracorriente de las demandas de la masculinidad hegemónica en las que se asumen prácticas de riesgo (no percibidas como tales o menospreciadas) como vía para la asunción de la identidad. El cuidado de sí cuestiona varios de los mandatos de la masculinidad, como la proveeduría, ante la cual los hombres renuncian a su cuidado y atención, pues se les exige el trabajo constante ante la incertidumbre o el temor a perder el empleo (Schraiber et al., 2005).

El cuidado de sí exige el conocimiento de sí mismo como elemento fundamental. Significa desarrollar

---

7 Véase [www.MenEngage.org](http://www.MenEngage.org) y sus redes regionales: América Latina, Norteamérica y el Caribe.

8 <https://men-care.org>.

una forma particular de atención, de vigilancia sobre lo que acontece en la subjetividad y de las conductas del actuar sobre sí. Cuidar de sí es también cuidar de los otros. La necesidad del cuidado de uno mismo está ligada al ejercicio del poder (Foucault, 1987). El cuidado de sí es una concepción que involucra formas de interacción con el cuerpo propio y con el entorno sionatural e implica prestar atención a los acontecimientos mentales y a las acciones cotidianas que se ejercen sobre sí y a las acciones en el ámbito social encaminadas o vinculadas con la salud (Muñoz, 2013). Así, el tema del cuidado es una cuestión de posicionamiento frente a estos mandatos, de responsabilizarse y apropiarse del cuerpo de sí, su salud y bienestar.

Las formas en que la masculinidad hegemónica influye en la salud no solo de los hombres, sino también de las mujeres, las niñas y los niños, están claras. El apartado siguiente muestra problemas de salud masculina en los que la condición de género es determinante o está presente. A pesar de que las estadísticas de los últimos decenios han mostrado una sobremortalidad masculina importante y creciente, esto apenas ha sido problematizado por la epidemiología desde un análisis de género (Ministerio de Salud de Chile, 2011; Cabieses et al., 2016; Ministério da Saúde, 2017).



**Masculinidades,  
riesgos y evidencias en salud**

2



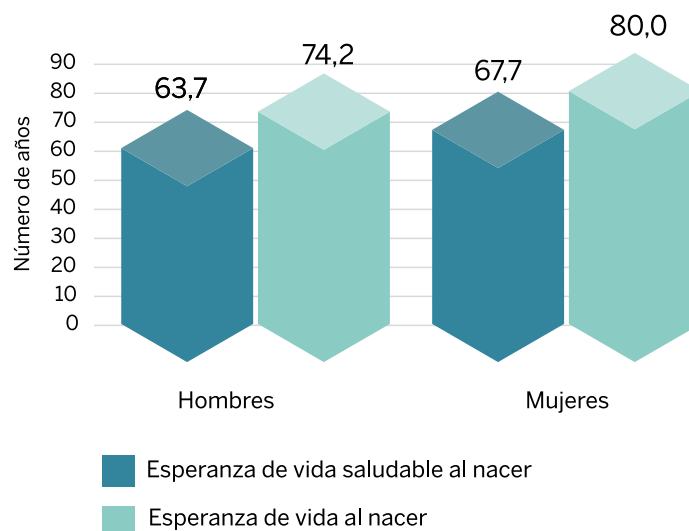
Se realizó una amplia revisión de la información epidemiológica para dar cuenta del estado de salud/enfermedad de los hombres en la Región de las Américas. Se analizaron las estadísticas de morbilidad, mortalidad, años de vida perdidos (AVP) y años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) para el continente en los últimos 15 años y sus tendencias específicas en las tres subregiones analizadas: América del Norte (Canadá y Estados Unidos de América), América Latina y el Caribe.<sup>9</sup> En muchos problemas de salud los hombres muestran una mayor prevalencia e incidencia respecto de las mujeres. A continuación, se presenta una síntesis de algunas estadísticas que permitirá profundizar la reflexión en torno a la relación de las masculinidades con los resultados en salud.

Aunque en el mundo nacen más niños que niñas (105 por cada 100), esta proporción se invierte entre los 30 y los 40 años de edad y llega a 190 mujeres por cada 100 hombres mayores de 80 años. Las mujeres conforman el grueso de los adultos mayores en el mundo, un fenómeno conocido como la feminización del envejecimiento (Salgado-de Snyder y Wong, 2007).

Hay una constante en la Región que llama la atención: el diferencial en la esperanza de vida al nacer (EVN), que es 5,8 años más alta en las mujeres, con una variancia de 4 a 7 años entre los distintos países. Esto concuerda con la esperanza de años de vida saludable (EVISA), que muestra un diferencial de 4 años a favor de las mujeres (figura 3).

**Figura 3. Esperanza de vida saludable al nacer y esperanza de vida al nacer, según sexo, Región de las Américas, 2015**

Fuente: Elaborada a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (2016a) y el Banco Mundial (2017a).



<sup>9</sup> Hay que destacar que existen importantes diferencias entre regiones, entre países y en el interior de cada país, lo cual implica pensar en futuros diagnósticos nacionales y en los de poblaciones más específicas.

A partir de los indicadores de mortalidad se constata que los hombres tienden a morir en mayor proporción (718,8 por cada 100 000 hombres frente a 615,1 por cada 100 000 mujeres) y presentan al menos 18% más de AVP debido a muertes prematuras. Al morir más temprano, registran 8% menos de AVPD que las mujeres (figura 4).

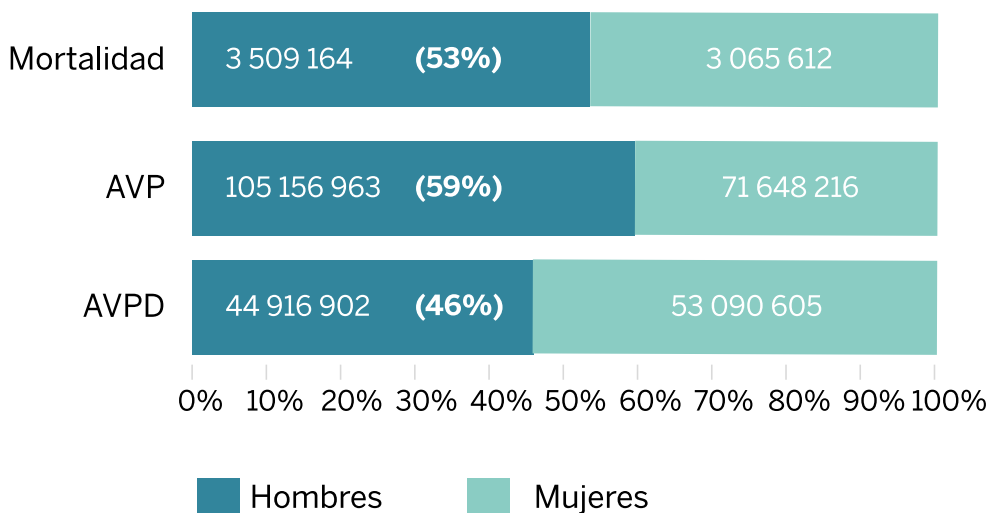
## 2.1 Morbimortalidad por causas

Este apartado se centra en las causas de muerte y enfermedad que afectan a los hombres y dedica una especial atención a las que muestran una mayor brecha de género con las mujeres. Se presentan datos generales para el continente con algunas menciones a las regiones o en relación con el momento del ciclo de vida en el que más afectan. En el cuadro 1 se muestran las diez causas principales de muerte en hombres en el continente en 2015.

En algunos casos las causas de muerte muestran cifras muy semejantes entre hombres y mujeres, como ocurre con la EPOC, las infecciones respiratorias de las vías inferiores y la diabetes mellitus. En cambio se registra una mayor mortalidad masculina por cardiopatías isquémicas, así como

por el cáncer de tipo respiratorio. Sin embargo, tres causas principales de muerte muestran una enorme diferencia y están claramente vinculadas al ejercicio de la masculinidad hegemónica y sus consecuencias: la violencia interpersonal (en la que destacan los homicidios, con una razón de 7 hombres por mujer), los traumatismos debidos al tránsito (3 hombres por cada mujer) y la cirrosis hepática (más del doble de hombres que de mujeres), en la que la primera causa directa es el consumo de alcohol.

En la Región la causa más común de mortalidad masculina son las enfermedades isquémicas del corazón. La violencia interpersonal y los traumatismos debidos al tránsito están entre las diez primeras causas de muerte masculina en ALC. Estas causas se asocian a las conductas esperadas en los hombres en virtud de una masculinidad hegemónica con expresiones tóxicas (Sinay, 2006). Existen diferencias epidemiológicas entre subregiones. Mientras que en el Caribe el VIH/sida aparece entre las diez principales causas generales de muerte en hombres, en América Latina es la cirrosis hepática. En el caso norteamericano (Canadá, Estados Unidos de América y México) aparecen



**Figura 4. Distribución porcentual de la mortalidad, años de vida perdidos (AVP) y años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), según sexo, Región de las Américas, 2011-2015**

Fuente: Elaborada a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (2016a, 2016b, 2016c).

**Cuadro 1. Diez principales causas de muerte en los hombres, Región de las Américas, 2015**

	Causas	Número de muertes en hombres	Porcentaje de muertes en hombres	Número de muertes en mujeres	Porcentaje de muertes en mujeres	Tasa de muertes en hombres (por 100 000)	Tasa de muertes en mujeres (por 100 000)	Razón hombres/mujeres
1	Cardiopatía isquémica	569 936	16	476 383	16	116,8	95,6	1,2
2	Accidente cerebrovascular	197 143	6	225 032	7	40,4	45,2	0,8
3	EPOC	177 798	5	168 653	6	36,4	33,8	1
4	Violencia Interpersonal	160 848	5	22 617	1	33,0	4,5	7,3
5	Infecciones respiratorias inferiores	159 231	5	159 091	5	32,6	31,9	1
6	Diabetes mellitus	158 727	5	167 854	5	32,5	33,7	1
7	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	146 671	4	110 820	4	30,0	22,2	1,3
8	Alzheimer y otras demencias	117 828	3	235 617	8	24,1	47,3	0,5
9	Traumatismos debidos al tránsito	117 803	3	37 842	1	24,1	7,6	3,1
10	Cirrosis del hígado	103 774	3	43 964	1	21,3	8,8	2,4

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (2016a).

la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, el suicidio y el cáncer de próstata, colon y recto.

En la figura 5 se muestran las principales causas de sobremortalidad masculina en orden descendente. La brecha de género que perjudica a los hombres se refleja en problemas específicos relacionados con las prácticas cotidianas de la masculinidad hegemónica, como adoptar riesgos en el trabajo o al volante, el consumo desmedido de sustancias psicoactivas,

las prácticas sexuales sin protección, las relaciones interpersonales violentas que resultan en homicidios, además de una gestión inadecuada de las emociones.

Con respecto a algunos de los principales problemas y retos relacionados con la salud de los hombres, se puede señalar que, después de las infecciones respiratorias, el VIH/sida es la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas en la Región de las Américas y un claro ejemplo de la falta de cuidado

masculino en el terreno de la sexualidad. Por esta causa fallecen de 2 a 3 hombres por cada mujer, aunque la brecha ha disminuido en los últimos diez años por el aumento de la transmisión del VIH de hombres a mujeres. La tasa de incidencia del VIH para el año 2015 en la Región fue de 15,5 por 100 000 personas, con 22,1 nuevos casos en hombres y 11,5 en mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2016a). En América del Norte y el Caribe existe una mayor incidencia de casos de VIH (Organización Mundial de la Salud, 2016a) y la principal causa de transmisión son las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, UNICEF, 2011). El riesgo de contraer el VIH es 27 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 23 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas, 13 veces mayor para las trabajadoras sexuales y 12 veces mayor para las mujeres transgénero (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2018). Existen también importantes diferencias desde el punto de vista étnico. En Estados Unidos de América se ha observado que 38% de los nuevos diagnósticos corresponde a hombres afroamericanos, seguidos de los latinos (29%) y los blancos (28%) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2017), y en todos ellos predomina un intervalo de edad comprendido entre los 25 y 34 años (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2012).

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, la mortalidad por enfermedades mentales y consumo de sustancias ilícitas representó un total de 72 799 muertes en la Región de las Américas en el 2015; de

**La brecha de género se refleja en prácticas cotidianas perjudiciales: riesgos en el trabajo y al volante, consumo de sustancias psicoactivas, prácticas sexuales sin protección, relaciones interpersonales violentas y gestión inadecuada de las emociones.**

ellas, 74% fueron masculinas. Para el mismo año, 86% del número de muertes por trastornos asociados al consumo de alcohol correspondió a hombres, con la cifra más alta en América Latina, seguida del Caribe, con una edad predominante de entre 30 y 49 años. La masculinidad hegemónica es un factor de riesgo clave para la vulnerabilidad masculina en el ámbito de la salud mental, puesto que promueve estrategias de afrontamiento asociadas con la desvinculación emocional, como la ausencia de expresión emocional,

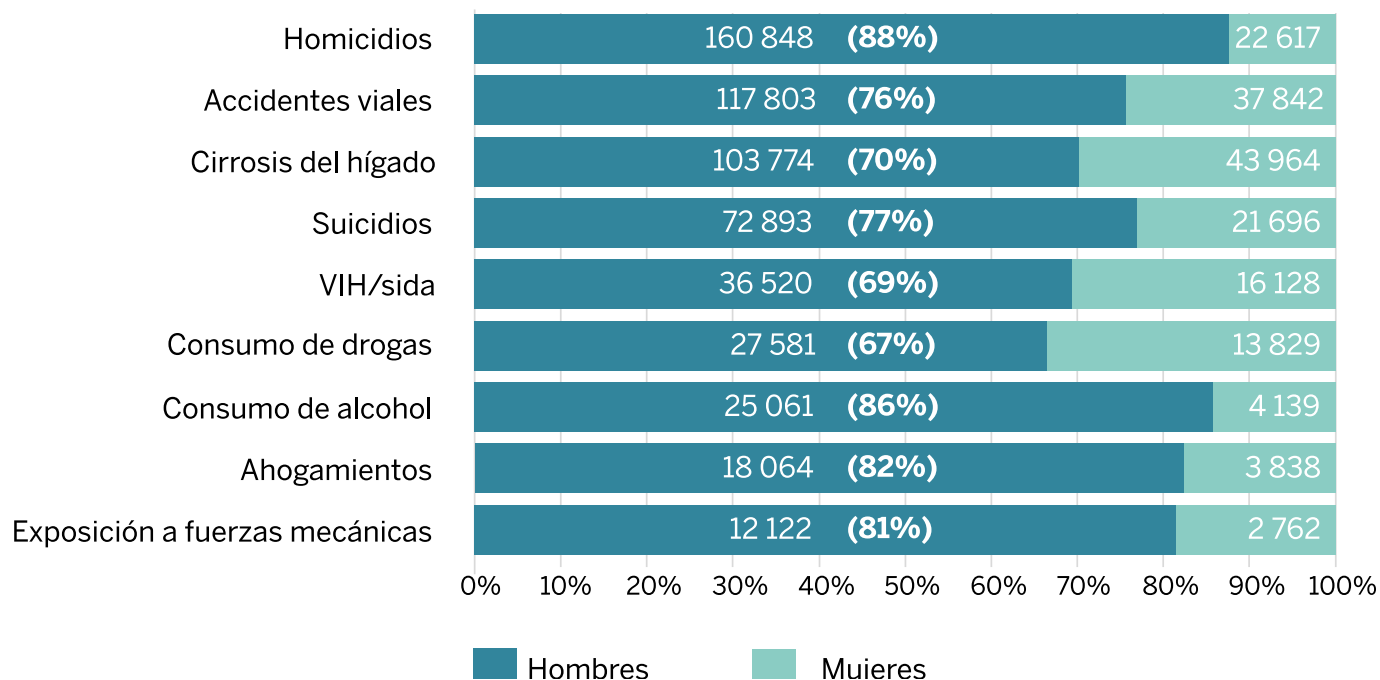
la reticencia a buscar ayuda o el abuso del alcohol (Möller-Leimkühler, 2003). Es importante destacar que las enfermedades mentales también dan lugar a cinco de las principales causas de AVPD.

La representación en la que el varón es el modelo de la "normalidad" humana y de salud mental ha llevado a invisibilizar las anomalías y psicopatologías masculinas, relegándolas al campo de lo penal-judicial y atribuyendo a las mujeres la descalificación psíquica como regla (Bonino, 2000). En Estados Unidos de América, Eaton et al. (2012) han identificado diferencias de género sistemáticas. Las mujeres muestran mayores tasas en trastornos del estado de ánimo y ansiedad (depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y fobia específica). En cambio, los hombres muestran mayores tasas en el trastorno antisocial de la personalidad y la dependencia de alcohol y drogas. Estas tendencias muestran resultados similares en estudios realizados en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú sistematizados por De Jesús et al. (2009).

Eaton et al. (2011) explican estas diferencias de lo que parece una tendencia de las mujeres hacia la interiorización (la angustia, el miedo y la afectividad negati-



**Figura 5. Distribución porcentual de la mortalidad entre hombres y mujeres, según causas seleccionadas que afectan mayormente a los hombres, Región de las Américas, 2011-2015**



Fuente: Elaborada a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (2016a, 2016b, 2016c).

va) y de los hombres a la externalización (trastornos de personalidad antisocial, consumo y dependencia de drogas correlacionadas con la desinhibición). A esto se suma la dificultad de los hombres para pedir ayuda, una mayor presencia masculina en hospitales psiquiátricos y una creciente detección de problemas de depresión entre la población masculina.

El consumo de alcohol en mujeres está aumentando, aunque sigue siendo mayor en hombres tanto en cantidad como en frecuencia y es un consumo problemático o compulsivo 2 o 3 veces mayor (Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos, 2015). Desde sus primeras indagaciones, Menéndez (1990) señala el alcohol como parte integral de la cultura y la identidad de los hombres. Es una sustan-

cia adherida a lo masculino a través de sus funciones simbólicas y sociales. Existen patrones sociales que incitan al hombre al abuso de las bebidas alcohólicas y que tienden a limitar o sancionar el consumo de las mujeres. Beber alcohol constituye una prueba de masculinidad, exacerba el machismo y refrenda el carácter “mujeriego” y “aventurero” (Góngora, 2005). Esta no es solo la conducta de personas aisladas, sino una estructura ideológica colectiva desde donde se decide, se emite y se modela esa conducta (Duany y Hernández, 2012). El consumo de alcohol se asocia con un mayor riesgo de sufrir lesiones no intencionales, lesiones por violencia física, conductas sexuales de riesgo, cáncer de mama, pérdida de productividad, problemas familiares, conductas de riesgo y deterioro cognitivo en edades avanzadas (Guerrero-López, Muños-Hernández, 2013).

La mortalidad por cirrosis hepática tiene una estrecha relación con el consumo de alcohol. Entre el año 2000 y el 2015, 71% del total de los casos notificados correspondieron a hombres (Organización Mundial de la Salud, 2016a) por lo general de edades entre 30 y 49 años. Las principales causas para desarrollar cirrosis hepática son el consumo de alcohol, seguido de las hepatitis B y C, con mayor mortalidad en hombres.

Las muertes por consumo de drogas ilícitas en la Región han registrado un aumento impresionante, de 110% entre el 2000 y el 2015, con una tasa mayor en hombres y en el grupo de edad de 15 a 29 años (aunque suele venir precedido del consumo precoz de tabaco y alcohol) y sobre todo en el grupo de 30 a 49 años. Las regiones en las que más ha aumentado la mortalidad por esta causa son el Caribe y América del Norte, mientras que en América Latina ha descendido (Organización Mundial de la Salud, 2016). La morbilidad asociada a este consumo también es mayor en hombres, que no suelen buscar ayuda para resolver un problema que se expande a nivel familiar y comunitario.

En la Región, los principales consumidores de tabaco son hombres, con una prevalencia de 21,9%, frente a 13,2% en las mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Además de ser una droga de inicio frecuente, el tabaco causa 71% de los cánceres de pulmón, 42% de las enfermedades pulmonares crónicas y 10% de las enfermedades cardiovasculares, motivo por el que se mantiene como principal causa de muerte prevenible en el mundo (Guerrero-López, 2013). En el caso de las muertes causadas por todas las neoplasias malignas existe un pequeño diferen-

**La masculinidad hegemónica es un factor de riesgo clave para la vulnerabilidad masculina en el ámbito de la salud mental. Asimismo, es importante destacar que las enfermedades mentales dan lugar a cinco de las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad.**

cial hacia los hombres, con tasas de 138 hombres frente a 125 en mujeres. Los tipos de cáncer que más mortalidad provocan son el de tráquea, bronquios y pulmón. Como consecuencia, en 2015 se registró una sobremortalidad masculina de 37%, la mayor en los cánceres que afectan a los dos sexos (Organización Mundial de la Salud, 2016a). Sobre todo en los hombres, el tabaco también está asociado a la EPOC, que es la tercera causa general de muerte, en la que confluyen además factores laborales y ambientales.

Otras enfermedades como el cáncer de próstata y testicular también han aumentado la mortalidad en los hombres. El cáncer testicular predomina entre los 15 y los 29 años de edad, con 38%, y de los 30 a los 49 años, con 37% de los casos (Organización Mundial de la Salud, 2016a). El cáncer de próstata se ha incrementado en 25% y tiene su mayor costo durante la etapa final de la vida, que se inicia a los 50 años (Organización Mundial de la Salud, 2016a). Distintos estudios muestran un retraso en el diagnóstico en el contexto latinoamericano, caribeño e hispano en América del Norte por razones ligadas a la virilidad. En este sentido, se observan reticencias a realizarse el examen de detección del cáncer de próstata debido a que la identidad masculina no les permite acudir a los servicios para prevenir, sino para resolver problemas, así como a creencias acerca de la posibilidad de quedar impotentes y la falta de orientación para trabajar efectos secundarios como la incontinencia y la disfunción eréctil (Paiva, 2011; Rivero y Berrios, 2016; Roth, 2008) —aunque también hay que considerar las dificultades de acceso al sistema de salud y las barreras económicas—.

Un apartado especialmente preocupante en la Región de las Américas es la sobremortalidad de los hombres en todas las muertes intencionales y no intencionales. En el caso de las lesiones no intencionales, los hombres representaron 69% del total de la Región en el 2015, con la prevalencia más alta entre los 15 y los 29 años. En este grupo de edad y en el mismo año, el panorama es peor respecto a las muertes intencionadas. La mortalidad por homicidios es de 88% de hombres del total, es decir, casi 9 hombres por mujer. América Latina destaca en muertes masculinas por homicidio, siendo seis veces más probable morir por esta causa en comparación con un hombre en América del Norte. Finalmente, las muertes por violencia colectiva y por violencia institucional o legal registran 84% de defunciones de hombres en el año 2015, aunque con predominio en el grupo etario de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2016a), lo que es otro ejemplo de cómo la masculinidad hegemónica mata a los propios hombres.

Respecto a los homicidios destaca también el fuerte componente masculino en el fenómeno del feminicidio y los crímenes de odio hacia personas LGBTTI como dos de las manifestaciones más tóxicas de la masculinidad hegemónica. En el ámbito del feminicidio se ha estimado que 1 de cada 2 mujeres son asesinadas por sus parejas o por familiares, una cifra que muestra un marcado contraste con 1 de cada 20 hombres asesinados por sus parejas o por familiares (Quiñones Giraldo, 2017). De acuerdo al *Mapa da Violência* [Mapa de la violencia], que abarca 83 naciones, de entre los 10 países con tasas más altas de feminicidio 6 se encuentran en América Latina. El Salvador ocupa el primer lugar (8,9/100 000); Colombia, el se-

**En los homicidios destaca también el fuerte componente masculino en el fenómeno del feminicidio y los crímenes de odio hacia personas LGBTTI como dos de las manifestaciones más tóxicas de la masculinidad hegemónica.**

gundo (6,3/100 000); Guatemala, el tercero (6,2/100 000); Brasil, el quinto (4,8/100 000); México, el sexto (4,4/100 000); Suriname, el octavo (3,2/100 000); y Puerto Rico, el décimo (2,9/100 000) (Waiselfisz, 2015).

La mortalidad por suicidio en la Región de las Américas ha aumentado entre el 2000 y el 2015. Esto muestra una brecha de género (77% de muertes de hombres) y una frecuencia en claro aumento entre los 15 y los 29

años, con un máximo entre los 30 y los 49 años. La subregión con mayor tasa de mortalidad es América del Norte, seguida del Caribe y de América Latina. La razón de suicidios masculinos es aproximadamente de 3,5 a 1 por mujer. Sin embargo, las mujeres son quienes presentan un mayor número de intentos de suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2014), muchas veces como una forma desesperada de pedir una ayuda que los hombres no pueden permitirse.

Los traumatismos debidos al tránsito muestran un crecimiento quinquenal sostenido, con 76% de hombres fallecidos en el 2015. Llama la atención la meseta que se establece desde los 15 a los 49 años. La mayor tasa de mortalidad por esta causa se registra en América Latina seguida del Caribe, y decrece en América del Norte. De 24% de mujeres que mueren por esta causa, no hay datos de si ellas iban al volante o de si fueron víctimas colaterales. Las conductas temerarias al volante son descritas por una serie de autores (Bonino, 1989; De Keijzer, 2004; Sinay, 2006) como una conducta típica de los hombres, que llegan a ridiculizar el cuidado en la conducción de vehículos de las mujeres y los adultos mayores. Dicha temeridad y la sensación de invulnerabilidad se

asocian a cuatro factores que suelen estar presentes en los traumatismos debidos al tránsito: el exceso de velocidad, el consumo de alcohol o drogas, no usar el cinturón de seguridad y el uso del celular durante la conducción.

En las muertes por ahogamiento del año 2015, 82% de los casos correspondieron a hombres. La etapa del curso de vida en la que estos presentan un mayor número de muertes es la comprendida entre los 15 y los 29 años (aunque ya se registra como causa importante después de los 5 años) y la subregión con la tasa de mortalidad más alta es el Caribe. Los estudios muestran que los lugares más cercanos a cuerpos de agua presentan una mayor proporción de ahogamientos, a los que contribuyen las conductas de riesgo por el consumo de alcohol y las actividades relacionadas con la navegación (Organización Mundial de la Salud, 2016d). Los hombres tienen cuatro

veces más probabilidades de morir por ahogamiento sobre todo entre los 15 y los 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La mortalidad por exposición a fuerzas mecánicas tiene una carga masculina alta y aparece en la etapa productiva asociada al trabajo. En el total de decesos por esta causa en el año 2015, 81% correspondió a hombres, con una frecuencia mayor entre los 15 y los 29 años y entre los 30 y los 49 años (Organización Mundial de la Salud, 2016a). El trabajo y la cualidad de proveedor son ejes fundamentales de la identidad masculina que, en su expresión tóxica, expone a los hombres a una serie de riesgos, como la ausencia de elementos de protección (bien porque los empleadores no los proporcionan o porque los trabajadores no los utilizan), dobles jornadas laborales y una atención en salud precaria.

**Cuadro 2. Principales causas de años de vida perdidos (AVP) en los hombres y las mujeres, Región de las Américas, 2015**

	Causas	AVP en hombres (millones)	AVP en hombres (porcentaje)	AVP en mujeres (millones)	AVP en mujeres (porcentaje)	Razón hombres/mujeres
1	Cardiopatía isquémica	12,4	12,0	7,8	11,0	1,5
2	Violencia interpersonal	9,5	9,0	1,3	2,0	7,3
3	Traumatismos debidos al tránsito	6,1	6,0	1,8	3,0	3,4
4	Infecciones respiratorias de las vías bajas	4,4	4,0	3,6	5,0	1,2
5	Episodio cerebrovascular	4,3	4,0	4,0	6,0	1,0
6	Cirrosis del hígado	3,5	3,0	1,3	2,0	2,7
7	Suicidio	3,4	3,0	1,04	1,0	3,2
8	Cáncer de tráquea, de bronquios y de pulmón	3,3	3,0	2,5	4,0	1,3
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,2	3,0	2,8	4,0	1,1
10	Complicaciones por nacimiento prematuro	2,3	2,0	1,8	3,0	1,2

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (2016c).

Hasta aquí puede afirmarse que los hombres mueren principalmente por causas no transmisibles. Estas muertes ocurren en su mayoría entre los 15 y los 49 años, con la excepción de las que corresponden al cáncer de próstata, a la cirrosis por hepatitis C y a las caídas, que tienen una mayor prevalencia en los adultos mayores, como se observará durante el curso de vida (véase la figura 7). Incluso ha aumentado la mortalidad por las enfermedades propiamente masculinas como el cáncer de próstata y testicular. Una alta proporción de dichas muertes ocurren tras años de exposición a diversas situaciones de riesgo, lo que debería suscitar una reflexión respecto a la construcción de las masculinidades y a su efecto en la salud de los hombres (Barker, 2005). Estos se colocan en situaciones de riesgo para afirmar una identidad masculina hegemónica que no necesariamente todos alcanzan (Connell, 2000), pero que se les inculca durante un largo proceso de socialización,

presión y premiación por parte de la familia, la escuela, el trabajo, los medios de comunicación de masas y la cultura en general (Olavarría, 2013; Parrini, 2000).

Además de la información que aporta la mortalidad diferencial es importante articular el costo que tiene la misma en especial en los AVP porque numerosas muertes masculinas ocurren cuando los hombres son adolescentes o adultos jóvenes (cuadro 2).

Bajo esta mirada, las muertes precoces por violencia, por traumatismos debidos al tránsito, por cirrosis hepática y por suicidios adquieren una mayor relevancia, pues todas ellas muestran una clara sobremortalidad. Al evaluar la cantidad de AVP por accidentes no intencionales en el año 2015, se observa una razón casi cuatro veces mayor de AVP en los hombres, donde los traumatismos debidos al tránsito (tres veces más que en mujeres), los aho-



gamientos (cinco veces más en hombres) y las caídas (dos veces más en hombres) son los principales en este grupo (Organización Mundial de la Salud, 2016c). En los datos subregionales llaman la atención los AVP por homicidio y accidentes en los primeros lugares para América Latina y el Caribe, siendo esta última subregión donde aparecen también el VIH/sida y los ahogamientos. En

América Latina destaca además la presencia de la cirrosis hepática. En América del Norte destacan el cáncer respiratorio, los suicidios, los accidentes y los homicidios, los dos últimos con tasas menores a las de América Latina y Caribe.

También se han identificado una serie de problemas en los que no se aprecia una brecha de género importante o en los que la brecha afecta más a las mujeres, también por condiciones de género. Esto es evidente en los AVPD. A diferencia de lo que ocurre con los AVP, cuando se analizan las diez causas generales de discapacidad se observa que las mujeres tienen una mayor carga en este rubro. Esta situación puede explicarse en parte por su mayor sobrevivencia, aunque eso no significa que esos años de vida sean más saludables. Cuando se agrupan las diez primeras causas de AVPD en los hombres, en la mayoría de los rubros hay una brecha notable hacia las mujeres. Ellas han sufrido el costo en su salud mental como consecuencia de vivir en una cultura patriarcal, que se refleja en las altas tasas de depresión. Cabe destacar que algunas de las causas principales de discapacidad en hombres también se relacionen con la salud mental: la depresión (primera), la ansiedad (quinta), el consumo de drogas (séptima), la esquizofrenia (novena) y el autismo y el síndrome de Asperger (décima). En los trastornos por consumo de drogas se ha identificado una brecha que casi duplica la de las mujeres.

**Los hombres presentan una mayor mortalidad precoz en comparación con las mujeres. En cambio, las mujeres soportan una mayor cantidad de años con enfermedades o padecimientos.**

En el año 2015, la cantidad de AVPD por accidentes fue mayor en los hombres (casi 2,5 millones) que en las mujeres (casi 2 millones). La principal diferencia se observó en los traumatismos debidos al tránsito (el doble para los hombres) y en la exposición a fuerzas mecánicas (2,5 veces más en hombres) (Organización Mundial de la Salud, 2016b).<sup>10</sup> Para obtener una visión de conjunto, la carga global

de la enfermedad sintetiza efectivamente lo que se ha visto hasta el momento.

En términos generales, al comparar los AVP y los AVPD se aprecia que los hombres presentan una mayor mortalidad precoz en comparación con las mujeres. En cambio, las mujeres soportan una mayor cantidad de años con enfermedades o padecimientos. Esto está íntimamente relacionado con los esquemas normativos en los que la masculinidad hegemónica tiene como consecuencia vulnerar la salud y la esperanza de vida de los hombres orientándolos hacia conductas en las que asumen el riesgo. En cambio, en las mujeres lo que prima es la subordinación, pero también el cuidado, lo que les atribuye un factor “protector” para la conservación y extensión de su vida, aunque no siempre con calidad.

---

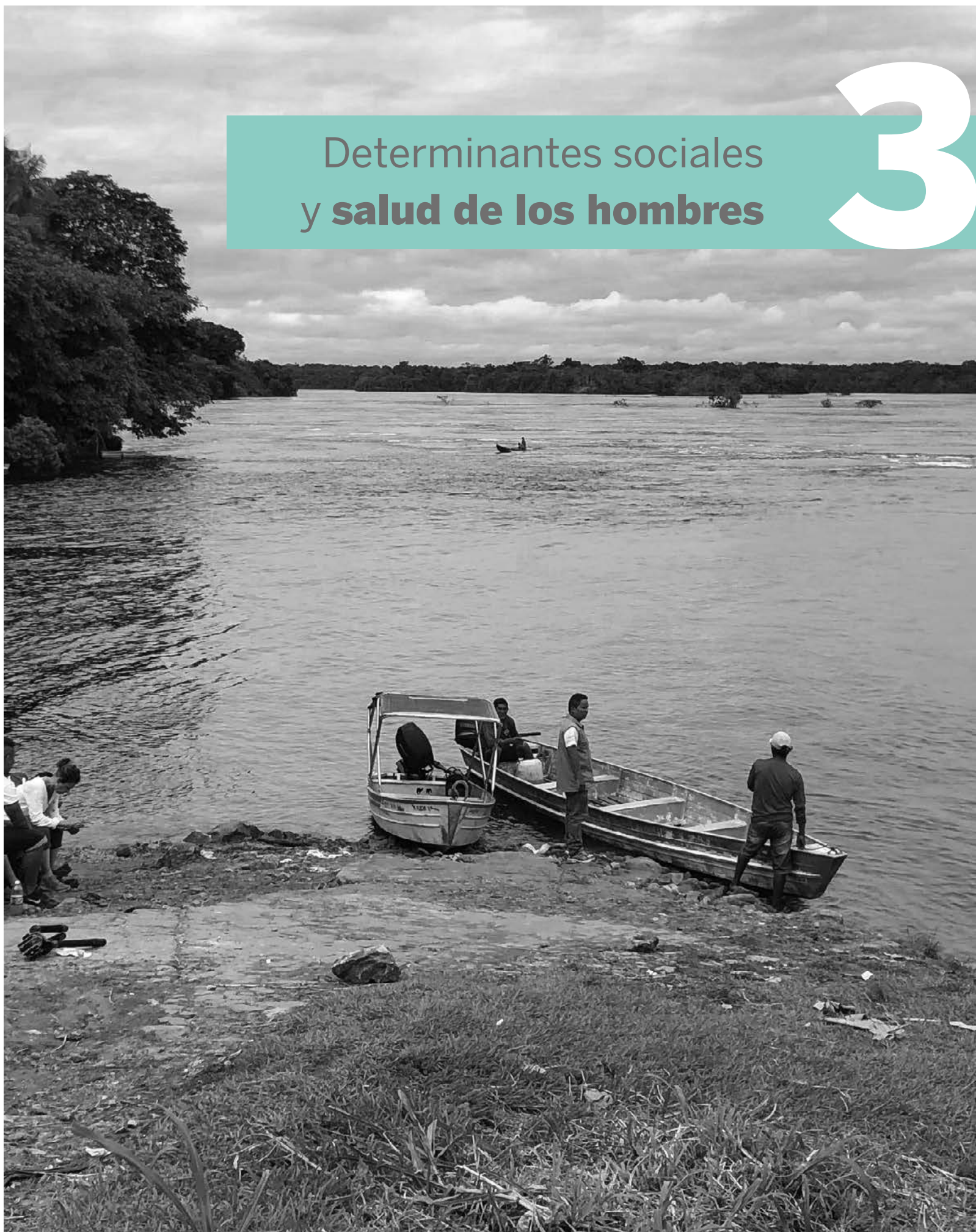
<sup>10</sup> En su informe *Traumatismos causados por el tránsito y discapacidad*, la Organización Panamericana de la Salud (2011) señala que los traumatismos causados por el tránsito ocasionan más de 5 millones de lesionados (33 lesionados por cada persona fallecida). De ellos, al menos dos personas tendrán secuelas graves y no podrán retomar su vida laboral y social. Se observa una tasa mayor de traumatismos en los hombres, y los principales tipos de discapacidad generados son las discapacidades motoras (66,1%), las auditivas (16,5%) y, finalmente, las visuales (12,6%) y las mentales (4,2%).





# Determinantes sociales y **salud de los hombres**

# 3







Hasta aquí se han presentado datos generales acerca de la salud, la enfermedad y la muerte de los hombres en contraste con los datos de las mujeres. La perspectiva de los DSS y de la igualdad de género permite analizar diferencias internas importantes.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

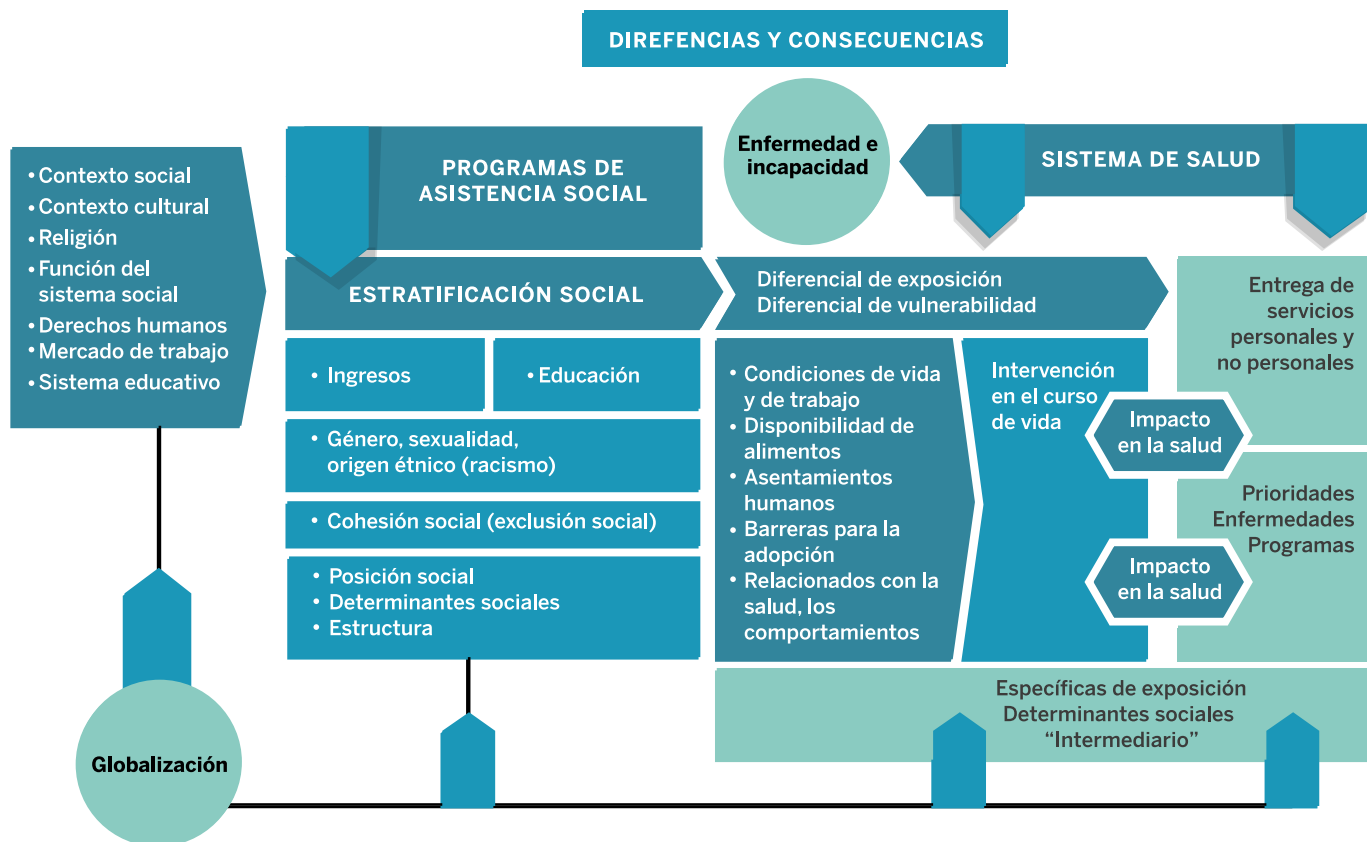
Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Estos determinantes incluyen varios elementos que se muestran en la figura 6, donde se distinguen los determinantes estructurales de otros que son intermedios y comportan vulnerabilidades específicas.

El género aparece como un DSS estructural, enfatizando inicialmente la situación y condición de las mujeres. El género aún no se tiene en cuenta siempre como determinante de la salud de los hombres. Hacerlo permitiría reconocer la intersección de los DSS (etnia, orientación sexual, pobreza, curso de vida, clase, trabajo, educación, etc.) con las masculinidades y la salud de los hombres. Aedo (2010, p. 7) recuerda que “junto con las diferencias biológicas y los componentes socioeconómicos y ambientales, el género determina factores de riesgo y condiciones de salud en mujeres y hombres, la frecuencia con que utilizan los servicios de salud, la manera en que son atendidos, las relaciones que se establecen con el personal médico, la adherencia a los tratamientos, el consumo de medicamentos y las prácticas de autocuidado”.

Los DSS también sirven para entender la manera en que los hombres perciben los problemas de salud y, a partir de ahí, su búsqueda de servicios de salud, su acceso a ellos y la atención que reciben. Por ejemplo, tal y como refleja la Encuesta MyS, aquellos con menores recursos económicos tendrán menos posibilidades de acceder al sistema de salud, y menos aún a los servicios de prevención (los controles de rutina, las pruebas o las inmunizaciones). En esta sección se profundiza en los DSS asociados con el curso de vida, la etnia/raza, el trabajo, así como la dimensión de la sexualidad y la reproducción. Todos ellos son relevantes

**Figura 6. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud**



Fuente: Reproducción autorizada por Urbina 2012 (p. 110).

para profundizar en la salud de los hombres desde la perspectiva de las masculinidades.

### 3.1 Salud y curso de vida

Se entiende por curso de vida un modelo que “sugiere que los resultados de salud de los individuos, familias y comunidades dependen de muchas variables [...] que pueden mejorar la salud (factores de protección) y eventos que la pueden empeorar (factores de riesgo) a lo largo de la vida” (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 2017a). Este concepto es particularmente interesante para el análisis de las masculinidades y la salud. Además, reconoce que la salud en una etapa de la vida está influenciada por riesgos dinámicos y acumulativos, así como por factores de protección en etapas

previas de la vida de los individuos, las familias y las comunidades, incluida la generación anterior. Las acciones o eventos de una etapa de la vida tendrán un efecto positivo o negativo en las siguientes etapas y generaciones.

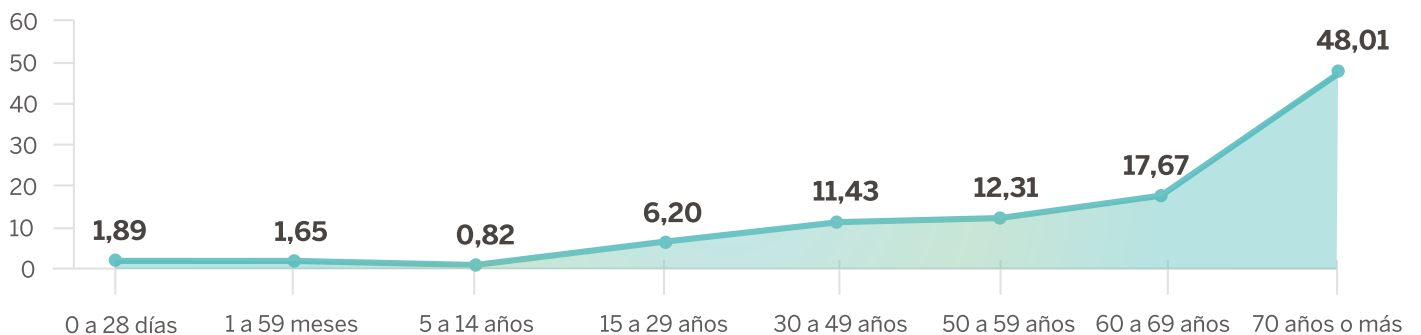
Cuando se hace un recorrido por el curso de vida de mujeres y hombres las diferencias en salud suelen aparecer desde el nacimiento y por lo general se hacen más evidentes en etapas posteriores y tienen detrás vulnerabilidades o factores de protección. La figura 7 refleja una perspectiva continua o longitudinal a las causas de muerte a lo largo de la vida en los hombres.

Durante el primer año de vida ya se constata una mayor mortalidad masculina, sobre todo debido a las enfermedades respiratorias y diarreicas de origen in-

**Figura 7. Principales causas de mortalidad en hombres, a través del curso de vida, Región de las Américas, 2015**



**Porcentaje de muertes totales en hombres por grupo etario**



Fuente: Elaborada a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015 [internet]; 2016. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).

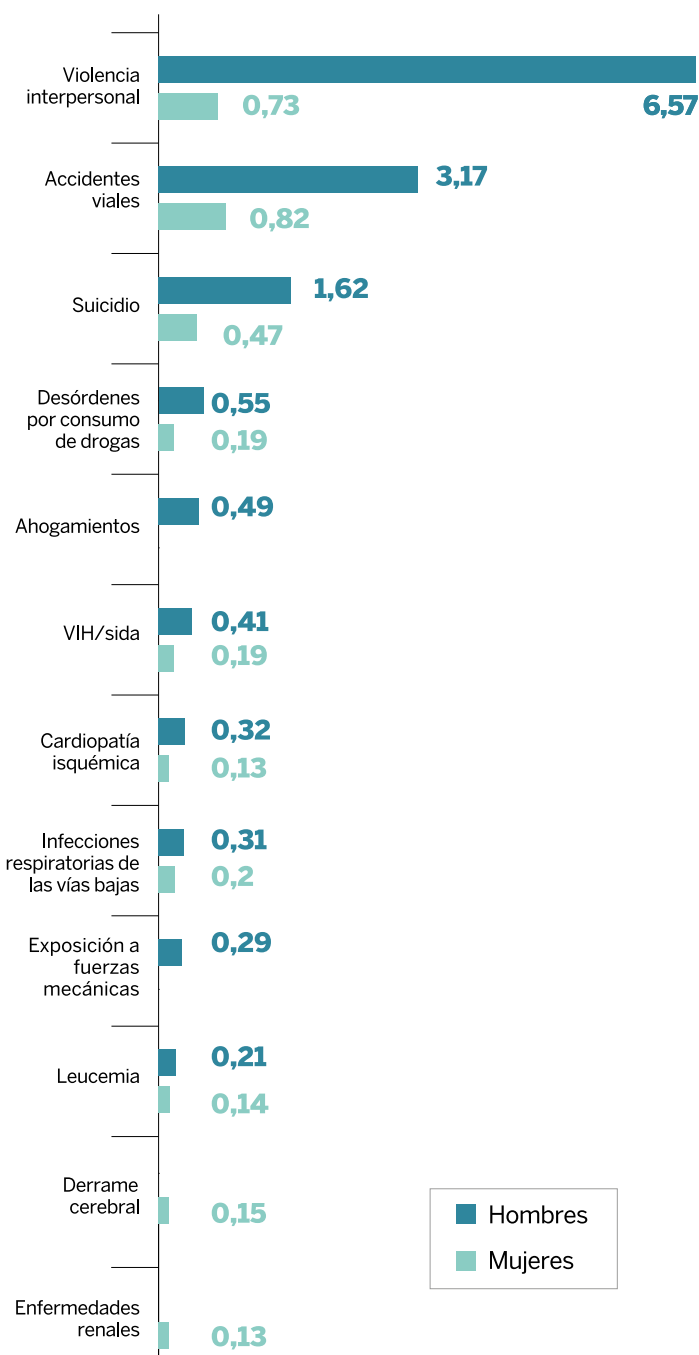
feccioso. En muchos contextos del continente donde priman condiciones de inequidad de género, sobre todo en el medio rural y en las poblaciones indígenas, aún se recibe mejor y se valora más a los recién nacidos de sexo masculino. Esa recepción suele contar con el privilegio de una lactancia más prolongada o de la búsqueda de atención médica con más anterioridad en el caso de enfermedad.

Hacia los 10 años de edad la diferencia entre niños y niñas empieza a reflejarse en el rápido incremento de las muertes masculinas debidas al tránsito, los homicidios y los ahogamientos. Esto culmina en la adolescencia y la edad adulta temprana, con el doble y hasta el triple de muertes en hombres sobre todo por causas violentas, incluidos los suicidios. Estos factores mermarán en gran medida la proporción de hombres durante las siguientes décadas. La figura 7 muestra cómo fallece poco más de 20% de los hombres (1 de cada 5) antes de cumplir 50 años, mucho antes de alcanzar su EVN. En cambio, las mujeres alcanzan dicho porcentaje a partir de los 60 años.

Lo que más llama la atención es el salto en la mortalidad de la población masculina joven a partir de los 15 años, con un claro predominio de causas de muerte violentas, y una mortalidad que casi triplica a las de mujeres jóvenes (figura 7). Además, en este grupo de edad es evidente el componente masculino en las principales causas de muerte de las mujeres. Las etapas de la adolescencia y de adulto joven son decisivas en el inicio y el establecimiento de conductas de riesgo (como el consumo excesivo de alcohol y otras drogas o las relaciones sexuales sin protección), cuyos efectos aparecerán en épocas posteriores del curso de vida. El informe *The Man Box* [La caja de la masculinidad] evidencia la relación entre estas concepciones estereotipadas de la masculinidad dominante articuladas con la adopción de riesgos sexuales, y cómo estas llegan a afectar a los propios hombres y sus parejas. Cuando también son vulnerables en su salud mental

puede observarse un aumento de la ideación suicida en este sector de la población, según apuntan Shand y Escobar en la Encuesta MyS.

**Figura 8. Principales causas de muerte entre los 15 y 29 años de edad, según sexo, Región de las Américas, 2015**



Fuente: Elaborada a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (2016a).

El perfil epidemiológico de una gran proporción de hombres adolescentes se construye en la intersección de la pobreza, la falta de oportunidades para estudiar o trabajar, la propensión al consumo de sustancias tóxicas y la asunción de riesgos como práctica de inclusión (The Lancet, 2015). Si a ello se añade el hecho de que los jóvenes de estatus socioeconómico bajo no dan parte de su estado de salud o no perciben la necesidad de utilizar los servicios de salud se obtiene un entorno que favorece una mala calidad de vida y una mayor morbimortalidad (Bernales, 2016).

Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen una presencia destacada a partir de los 50 años, en una articulación acumulada de los DSS y los estilos de vida, muchas veces asociadas a un escaso autocuidado. La hipertensión y los problemas cardíacos, la obesidad, la diabetes y la EPOC se siguen de los cánceres respiratorios y de próstata. Muy vinculadas a lo anterior están las adicciones, que dan lugar a grandes costos para la salud individual (con muchos AVPD) y para la sociedad (carga de enfermedad alta).

Este recorrido lleva a otra de las medidas que evidencian el potencial de años perdidos en el curso de vida (figura 9).

Las enfermedades y otros problemas congénitos son los motivos de los AVP antes de los 5 años de edad, pero cambian rápidamente hacia causas violentas que se mantienen con fuerza hasta los 50 años de edad, después de lo cual se muestran las consecuencias de los modos y estilos de vida de los años pasados.

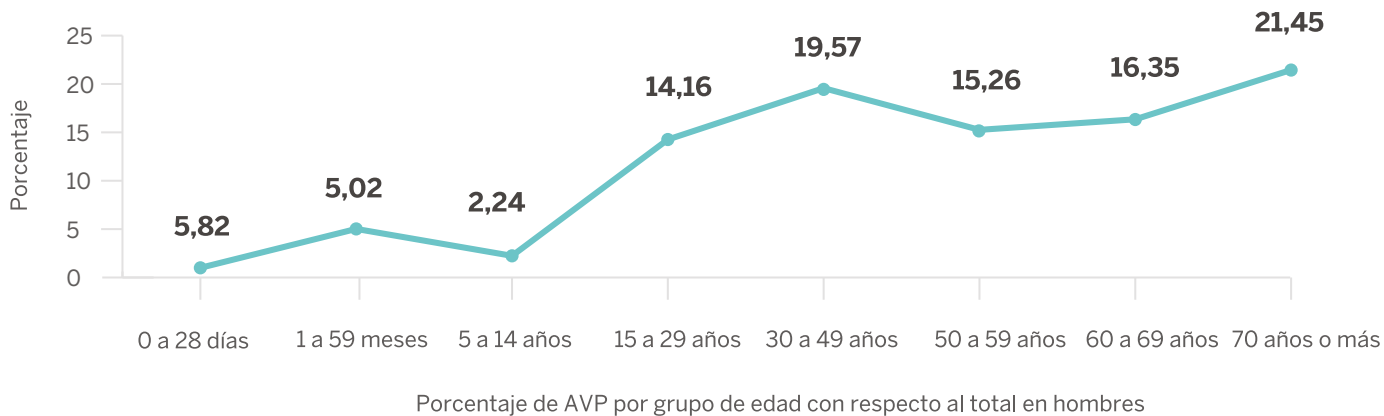
En los grupos domésticos, los hombres de mediana edad económicamente productivos presentan mejores condiciones de autocuidado debido a su posición de autoridad y de control de recursos económicos. Sin embargo, se ha identificado que son ellos los que

más se niegan a hablar de sí mismos y de su salud y los que demoran más la búsqueda de atención médica debido al temor a las consecuencias del diagnóstico en sus funciones en el grupo doméstico (Trujillo, 2011). En las familias se prioriza el cuidado de la salud de los hombres y de los menores de edad a cargo de las mujeres sobre el cuidado de ellas, lo que contribuye a la histórica sobrecarga de las mujeres en el tema del cuidado (Del Rio-Zolezzi et al., 2008; Gendes et al., 2018). Este hecho tiene un resultado paradójico: el matrimonio es un factor de protección para los hombres, cosa que no ocurre con las mujeres (Schraiber et al., 2005).

La carga de la enfermedad en la vejez refleja grandes divergencias de género, de acuerdo con la acumulación de vulnerabilidades crecientes asociadas a los papeles sociales desempeñados a lo largo de la vida. La salud en la vejez sumada al género, los ingresos y la distribución en zonas urbanas o rurales permiten identificar una doble carga epidemiológica que incluye también un perfil de enfermedades infectocontagiosas y de nutrición (Salgado-de Snyder y Wong, 2007). Entre los mayores de 60 años de edad, las mujeres usan los servicios preventivos, médicos y de hospitalización con mayor frecuencia. Conjuntamente, durante la vejez aumenta la vulnerabilidad de los hombres debido a ciertas diferencias en su cuidado, como la “necesidad” de contar con una compañera en esta etapa, el aportar “algo” a la familia para ganarse el derecho de vivir en la casa y el escaso apoyo emocional por parte de la familia (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011). La inseguridad económica es un problema que suele afectar en esta etapa, principalmente a quienes desempeñaron sus actividades económicas en el ámbito informal y no pudieron cotizar para recibir una pensión en la vejez. Por ejemplo, en México se estima que solo 45% de los hombres de zonas urbanas y 16% de los que viven en zonas rurales reciben ingresos por jubilación, y en el caso de las

**Figura 9. Principales causas de años de vida perdidos (AVP) en hombres, a través del curso de vida, Región de las Américas, 2015**

Fuente: Elaborada a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (2016a).





mujeres la cifra es mucho menor (Salgado-de Snyder y Wong, 2007).

En un intento de observar la interseccionalidad puede verse la interrelación entre género, edad y familia en el análisis de la diabetes, que afecta de forma similar a los dos sexos, aunque los hombres no suelen demandar los servicios médicos en el momento oportuno. El personal sanitario es determinante en cómo los pacientes diabéticos asimilan el diagnóstico y el tratamiento. Trujillo y Nazar (2011) señalan que el personal tiende a culpar al paciente de su evolución clínica. Esa práctica reproduce las relaciones de poder, legitima las desigualdades y contribuye a reconstruir la masculinidad hegemónica. En el caso de los hombres diabéticos jóvenes, la depresión causa la deserción del tratamiento, al menos en una proporción que dobla a la de las mujeres. La diabetes genera en los hombres un conflicto en su identidad respecto a lo que socialmente se espera de ellos, con un fuerte menoscabo de la autoestima, que contribuye a la aparición de la depresión y al abandono del tratamiento (Nazar-Beutelspacher y Salvatierra-Izaba, 2010).

A su vez, los hombres mayores se enfrentan a un dilema sociofamiliar cuando pierden su capacidad económico-productiva, pues consideran que pierden poder dentro del grupo doméstico. Esta situación da lugar a depresión e ideas suicidas, lo cual redundaría en la reducción de su esperanza de vida. Aceptar la condición de enfermo implica modificar las formas habituales de interacción doméstica. La posición del hombre se debilita y su autoridad se desvanece ante el grupo, donde se percibe a la pareja como competidora en la provisión de la familia, que es su principal referente de género (Montesinos 2002, citado en Trujillo y Nazar, 2011).

Después de analizar el curso de vida, se profundiza en dos DSS más: la etnicidad y el trabajo como marcador de ingreso y clase.

### 3.2. Etnicidad

Históricamente, la Región de las Américas ha estado marcada por las primeras migraciones de los pueblos originarios, la ruptura posterior originada por la Conquista y por el esclavismo. Estos dos últimos procesos son representativos de la masculinidad hegemónica europea y, de manera más reciente, de nuevas y diversas migraciones. La construcción de la masculinidad precolombina indígena estaba orientada por una organización jerárquica estratificada, con su propia división sexual del trabajo y con el sometimiento del otro a través de la guerra (Tovar-Hernández y Tena, 2015). La Conquista y la Colonia trastocaron violentamente este orden, aunque los pueblos originarios pudieron mantener cierto apego a la protección de sus territorios geográficos, que los dotaba de una base territorial y política. Esto contribuyó al mantenimiento de cierta "identidad institucionalizada" (Safa, 2008). En la construcción masculina indígena actual prevalece el mandato de ser proveedor que, en un contexto de precariedad, genera múltiples malestares y necesidades migratorias ante la falta de empleo. Otro mandato central se relaciona con la virilidad y su resultado tangible en el número de hijos (Ramos, 2004).

A diferencia de las primeras naciones indígenas, la población afrodescendiente fue llevada a América por la fuerza, y sus territorios, idiomas e identidades fueron expoliados, subordinándolos por completo a las normas europeas (Safa, 2008). A lo largo del tiempo se ha forjado un imaginario social (Meneses, 2014) en el que la identidad masculina se asocia al cuerpo como único territorio de un ser hipersexual y virilmente superior al blanco, por lo que el ejercicio erótico se convirtió en un pilar fundamental, que implicaba también el dominio sobre la mujer y su cosificación (Viveros, 1998). La masculinidad del hombre afrodescendiente está en permanente contraste incluso entre sus congéneres desde el esquema del "gran macho" (Meneses, 2014), como si ser hombre



consistiera en la constante demostración y revalidación de una masculinidad siempre amenazada por otras formas de masculinidad (Cogolo et al., 2004).

Así, tanto en las masculinidades indígenas como en las afrodescendientes, el papel de la virilidad es central, aunque se manifiesta de formas distintas. Para el afrodescendiente es importante entrar en competencia respecto a su desempeño en el acto sexual y el reconocimiento de los demás. En cambio, el indígena es más reservado y conservador, y busca el reconocimiento teniendo una prole abundante que le provea de apoyo y preserve su identidad (el apellido). En estas dos manifestaciones coincide la idea de la supremacía masculina y la constricción de los derechos de las mujeres.

En la dimensión étnica de los hombres indígenas influye el lugar de residencia (45% de presencia en el medio rural, a veces en regiones de refugio u obligados a migrar) y un menor acceso a la educación y al trabajo y los ingresos. En el 2007, entre 45 y 50 millones de indígenas pertenecientes a más de 600 pueblos originarios habitaban en América y representaban casi 10% de la población total, así como 40% de la población rural de ALC. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la población indígena de América Latina en 2015 era de 45 millones, lo que representa 8,3% de la población regional, con 822 pueblos indígenas.<sup>11</sup>

La población indígena también presenta una gran vulnerabilidad como consecuencia de las condiciones de inequidad y las constantes violaciones de sus derechos humanos, sociales, políticos y económicos. Esto se traduce en pobreza y precariedad en las condicio-

nes de vida, el estado de salud y el acceso a servicios sanitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2017b). A la pobreza se asocian altas tasas de desempleo y de analfabetismo, la falta de servicios escolares adecuados, la pérdida del bilingüismo, la ausencia o el difícil acceso a los servicios sociales, los desplazamientos por conflictos armados, la sobreexplotación de los recursos naturales locales y la degradación del medio ambiente. La migración indígena hacia las ciudades genera una importante desigualdad en sus condiciones económicas y sociales, y esta población tiene un menor acceso a servicios básicos de calidad (Organización Panamericana de la Salud, 2017b).

El Banco Interamericano de Desarrollo (Deruyttere, 2017) estima que hasta una cuarta parte de la diferencia en los niveles de ingresos puede atribuirse al solo hecho de pertenecer a un grupo étnico indígena o afrolatino. El Banco Mundial (2015) muestra que el hecho de nacer de padres indígenas aumenta considerablemente la probabilidad de crecer en un hogar pobre, con independencia de otras condiciones, como el nivel educativo de los padres, el tamaño del hogar o el lugar de residencia. Esto crea un círculo vicioso que impide el pleno desarrollo del potencial de los niños y niñas indígenas e indica que el crecimiento económico, por sí solo, no es suficiente para reducir la pobreza.

La Organización Panamericana de la Salud (2017b) señala que las poblaciones indígenas, afrodescendientes y aquellas con una orientación sexual distinta son los grupos en situación de mayor vulnerabilidad en salud. La exclusión se manifiesta también en el registro insuficiente en las estadísticas de la pertenencia étnica, lo que limita el análisis de las especificidades en la salud de los hombres de estas poblaciones. Aun sin contar con datos desagregados por sexo, se observan problemas como la tuberculosis, que es más prevalente en la población indígena. En el caso de México, la prevalencia de esta enfermedad en la población indígena duplica la de la no indígena, y en

11 La estimación de la representación proporcional de la población indígena en países seleccionados de la Región de las Américas es la siguiente: más de 40% en Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, Guatemala y Perú; entre 5% y 40% en Belice, Chile, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, El Salvador y Suriname (Montenegro y Stephens, 2006).

Canadá es de 8 a 10 veces superior a la del promedio. Los indígenas se encuentran entre las poblaciones más afectadas por el VIH/sida, junto a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los trabajadores sexuales, las mujeres transgénero y los usuarios de drogas inyectables (Organización Panamericana de la Salud, 2017b).

También es importante la presencia de problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol, que se asocian al aumento de la violencia tanto en el medio rural como entre quienes migran a las ciudades (Organización Panamericana de la Salud, 2007). El suicidio entre los jóvenes indígenas de sexo masculino también se ha identificado como un fenómeno significativo en Canadá y Estados Unidos de América (con tasas cinco veces mayores que en los no indígenas), como consecuencia del intenso estrés social, traumas históricos transmitidos entre generaciones, historias de abuso sexual en internados escolares y duelos no resueltos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011). Existen datos semejantes correspondientes al norte de Colombia, donde los pueblos indígenas están perdiendo “su deseo de vivir” debido al impacto del conflicto armado colombiano en sus comunidades (Organización Panamericana de la Salud, 2007), y en Chile, con 150% más de mortalidad entre los adolescentes indígenas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011).

El estrés social repercute en gran medida en la vida de las personas que pertenecen a poblaciones minoritarias o subordinadas a un contexto de exclusión y estigmatización, donde se ponen en juego dos variables: la pertenencia a una minoría y las características subjetivas de cada persona (Meyer, 2003). Según la American Psychological Association (2018), existen cuatro variables derivadas de las disparidades en la salud que sufren estas comunidades estigmatizadas: el trauma (sexual, físico, histórico, racismo, estrés

postraumático), el abuso de sustancias psicoactivas, la depresión y la violencia.

La cobertura de salud para los pueblos indígenas es mucho menor que para las personas no indígenas. La dispersión geográfica de esta población y la falta de un enfoque intercultural dificultan el acceso a los servicios. A ello se añade una menor demanda de los hombres e incluso su resistencia a tratamientos de larga duración, como en el caso de la tuberculosis. La migración indígena hacia las ciudades encuentra una importante desigualdad en las condiciones económicas y sociales, observándose también un menor acceso a los servicios básicos de calidad (Organización Panamericana de la Salud, 2017a).

La situación de la población afrodescendiente no es muy distinta. Se estima que en la Región de las Américas viven un total de 250 millones de afrodescendientes, con una población superior a 50% en Brasil, a 45% en los países del Caribe de habla inglesa, 12,9% en Estados Unidos de América y 23% en Colombia (Organización Panamericana de la Salud, 2007). La situación de gran vulnerabilidad en la que vive esta población en América Latina es similar a la que sufren los pueblos indígenas. Tanto en Brasil como en Ecuador, el porcentaje de población afrodescendiente pobre alcanza 52%. Los hombres afrodescendientes también tienen menor educación formal que las mujeres afrodescendientes y que el resto de la población (López, 2011).

En Brasil, la EVN de los hombres blancos en el año 2000 era de 71 años, en contraste con los 64 años de los afrodescendientes (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Existe evidencia consistente de que esta población arroja peores resultados en varias esferas y de que las comunidades presentan índices superiores de insalubridad (American Psychological Association, 2018), desde los barrios de Estados Unidos de América a las favelas de Brasil, donde la

atención de las políticas de salud es insuficiente, el color de la piel o la clase social son un factor de estigmatización y de exclusión social en el sistema de salud, y donde las tasas de encarcelamiento de los hombres afrodescendientes son altas, a lo que se suma una constante angustia por satisfacer las necesidades básicas de vida (American Psychological Association, 2018). Los niveles de violencia (social, simbólica, económica e incluso física) contra estas poblaciones son mayores, bien a causa del sistema de salud, los grupos armados o la misma policía. Tal como apunta Barker en la Encuesta MyS, el factor étnico-cultural afecta de manera considerable a estos grupos reducidos y marginados, como ocurre con las comunidades indígenas de todo el continente que padecen discriminaciones.

### **3.3. Dimensión del trabajo**

Se ha señalado que el trabajo constituye un eje central en la vida y la identidad de los hombres. Para muchos de ellos, este aspecto comienza desde su experiencia de trabajo infantil. A partir de la adolescencia y en la etapa adulta joven, el trabajo constituye un elemento clave diferencial en las enfermedades que sufren mujeres y hombres. La división sexual del trabajo penetra en numerosas ramas laborales en la Región e influye en patrones de enfermedad y de muerte diferenciales (Garduño, 2011). En América Latina, los hombres trabajan principalmente en el sector secundario (manufactura, 58%) y el primario (agrícola, 63%) (Merino-Salazar et al., 2017; Santos et al., 2012). Las tasas de participación en muchos países de la Región han ido a la baja en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres han tendido al crecimiento, aunque alejadas de las de los hombres (Banco Mundial, 2017b; Organización Internacional del Trabajo, 2016b). En América Latina, la economía informal se ha convertido en el pilar permanente y estructural del mercado laboral. Más de 60% de los trabajadores no agrícolas son empleados informales,

por ejemplo en la construcción, donde realizan su trabajo en condiciones de gran riesgo para la salud (López-Ruiz et al., 2015).

Las mujeres con empleo suelen llevar la doble carga del trabajo doméstico (no remunerado, invisible, polivalente, repetitivo e infravalorado) y los hombres generalmente desarrollan los trabajos físicos más pesados y, sobre todo, con mayor riesgo para la salud y la vida. La centralidad del papel de proveedor para la identidad masculina choca con esta creciente inestabilidad laboral, lo que hace que los hombres pongan en riesgo su salud con tal de mantener su rol de proveedores (Valenzuela, 2008; Olavarría, 2013, 2017). Así, a la vez que el trabajo genera identidad y muchas veces una posición de poder y autoridad en los hombres de la familia, este puede también constituir un riesgo para la salud (Jiménez y Tena, 2015). Cuando las condiciones sociomateriales no facilitan el acatamiento de este mandato ni soluciones que permitan cumplirlo, los hombres (principalmente los proveedores primarios) entran en una crisis que condiciona y provoca un desgaste emocional (Cruz Sierra, 2015), la cual repercute en todas las personas que los rodean, inicial y principalmente en su familia. Según apunta Barker en la Encuesta MyS, ser desempleado es causa de estrés y de vergüenza social o un factor de desvinculación social y familiar.

Según apunta Del Río en la Encuesta MyS, los determinantes sociales potencian el efecto de la masculinidad sobre la salud de los hombres. Por ejemplo, el riesgo de violencia y abuso de sustancias aumenta en los hombres que pierden su trabajo. Los hombres pobres e indígenas tienen aún mayores barreras de acceso y demanda de servicios preventivos de salud porque el tiempo que les requerirían esos cuidados compite con las actividades productivas remuneradas y no cuentan con seguridad social que les cubra esos tiempos.

Boso y Salvia (2015) han observado que, cuando al desempleo se suma una mayor vulnerabilidad o precariedad en las condiciones residenciales y la pertenencia a clases medias empobrecidas, provoca un mayor malestar en las relaciones interpersonales y en la vida familiar. Tal inquietud afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque en ellos despierta un mayor grado de insatisfacción. Esta situación influye en especial en las nuevas generaciones de hombres y mujeres, que viven en una “economía globalizada en la que los hombres ya no pueden esperar una identificación con su trabajo en términos de una carrera para toda la vida” (Seidler, 2006) y, por tanto, el acceso a la seguridad social y el derecho a una pensión. Esto tiene distintas consecuencias en el ámbito de la salud ocupacional.

- La tasa de accidentes laborales mortales es ocho veces mayor en los hombres que en las mujeres (Organización Internacional del Trabajo, 2016a) y, en el año 2000, representó un costo de 10% del producto interno bruto (PIB) mundial por accidentes laborales (Fontes, 2002).
- El envenenamiento por plaguicidas ocasiona 14% de las lesiones ocupacionales entre los agricultores y 10% de las defunciones relacionadas con el trabajo en los países en desarrollo (García, 1998). A ello se suman el cáncer en las plantaciones de plátano (Fontes, 2002) y la infertilidad masculina por exposición ocupacional al plomo y a los plaguicidas organofosforados en la industria agrícola (Yucra et al., 2008).
- En la minería, en las microempresas y en el trabajo informal aumentan constantemente problemas como el dolor musculoesquelético. Además en estos casos existe una mayor exposición a factores de riesgo psicosociales laborales (Gimeno et al., 2017).

Las situaciones de migración hacia Estados Unidos de América y otras ciudades de América Latina

(como la de los trabajadores indocumentados) conllevan una enorme vulnerabilidad para los hombres, que está asociada a su sobremortalidad. A estas migraciones se suman cada vez más niños y hombres jóvenes y, más recientemente, más mujeres. Esta vulnerabilidad se asocia a los grandes peligros existentes durante el trayecto, la realización de trabajos manuales (que con frecuencia no cuentan con condiciones de protección ni servicios de salud), al alojamiento en condiciones de hacinamiento, al acceso a nuevas sustancias adictivas y a las relaciones sexuales sin protección.

Desde una perspectiva de género, algunos estudios identifican las formas en que una migración exitosa aumenta el capital simbólico de los hombres, pues se interpreta como una nueva forma de heroísmo en su lucha por ser proveedores. Actualmente en algunas comunidades rurales la migración constituye una nueva modalidad de rito de pasaje para muchos hombres jóvenes (Rosas, 2007).

Después de analizar los determinantes de la etnia/raza y del trabajo, el siguiente apartado se centra en un campo de reflexión que no tiene un reflejo tan elevado en la mortalidad, pero que es central en la vida humana. Además, este ámbito requiere una mayor y mejor participación masculina.

### **3.4. Los hombres ante la salud sexual y reproductiva**

La salud sexual y reproductiva es un tema emergente en el presente estudio. En ella destaca tanto la relativa ausencia de los hombres como el gran potencial de su participación más integral. El género atraviesa las diversas formas en las que los hombres se acercan a la sexualidad, la reproducción, las relaciones de pareja y la paternidad. La sexualidad refleja las inequidades de la representación binaria de los mandatos masculinos (ser conquistadores, activos y

transgresores) con respecto a los mandatos femeninos (ser recatadas, sumisas y vírgenes). Aunque este modelo está cambiando con cierta rapidez, todavía influye en las prácticas de los jóvenes rurales y urbanos de ambos sexos, en las que aún se conserva, por ejemplo, la valoración de la virginidad femenina (Amuchástegui y Szasz, 2007). Las inequidades de género también siguen constatándose en problemas persistentes como los embarazos no deseados y las ITS, así como en una planificación familiar que centra sus estrategias en las mujeres. La falta de presencia de los hombres en este campo se puso de manifiesto desde las conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995), en las que se los exhortó a participar en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y en la prevención del VIH (Aguayo y Nascimento, 2016).

Los problemas que la juventud enfrenta actualmente en relación con este ámbito son variados y complejos. Deben lidiar con barreras culturales originadas por políticas y leyes discriminatorias que limitan el ejercicio de su sexualidad, así como con la falta de espacios seguros y saludables en los que recibir atención. Las normas y las actitudes de género, que se configuran durante la infancia y la adolescencia, se afianzan con el tiempo y, pese a sus diferencias, se reproducen en distintas regiones y contextos socioeconómicos (Blum et al., 2017). Los hombres y las mujeres jóvenes suelen iniciar su vida sexual con un conocimiento insuficiente de la sexualidad, la prevención de embarazos no deseados y el riesgo de contraer ITS. Los programas de educación sexual integral que promueven relaciones respetuosas y placenteras y que abordan las esferas afectivas de la sexualidad aún son limitados en ALC.

Se ha constatado que los hombres adolescentes están menos motivados para cuestionar las normas desiguales que los privilegian, mientras que las adolescentes reconocen cómo las desfavorecen

esas normas y están más dispuestas a cuestionarlas (Chandra-Mouli et al., 2017). A los hombres jóvenes les incomoda hablar de sexo porque no pueden o no quieren contradecir los estereotipos y las conductas hegemónicas de género que suelen presionarlos para que muestren su experiencia y su capacidad de conquista ante las mujeres y ante otros hombres (Schuster y Krahe, 2017). Muchos de ellos han padecido problemas que no reconocen por vergüenza o porque no saben cómo hablar de sus dudas y sus sentimientos en torno a la sexualidad. Así, las creencias, costumbres y actitudes adquiridas en el proceso de construcción de “cómo ser hombres” afectan al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (IPAS-Bolivia, 2016).

Otro reto es el de la orientación y la identidad sexual, que a menudo se definen desde una edad temprana, y que tienen implicaciones importantes para el estado de salud cuando existe maltrato emocional, físico o dificultades para obtener servicios de salud. La homofobia causa mucho sufrimiento y violencia a las minorías sexuales, e incluso está detrás de los crímenes de odio. También limita las expresiones de ternura y de intimidad entre hombres. Esto contribuye a que las realidades de cada hombre difieran por ser heterosexual, homosexual o transgénero, en particular cuando se analizan los comportamientos de riesgo o las barreras de acceso a los servicios de salud (la homofobia institucionalizada) (ONUSIDA, 2016).

Según apunta Luna en la Encuesta MyS, las personas LGBTTI suelen encontrar más barreras para acceder a estos servicios, y sus necesidades en salud mental son de otra índole. Las barreras son mayores cuando la orientación sexual interseca con dimensiones como la edad, la etnia, la pobreza o una educación escasa, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH (Aguayo y Sadler, 2011). Esta población presenta una mayor prevalencia de problemas psíquicos como el suicidio,

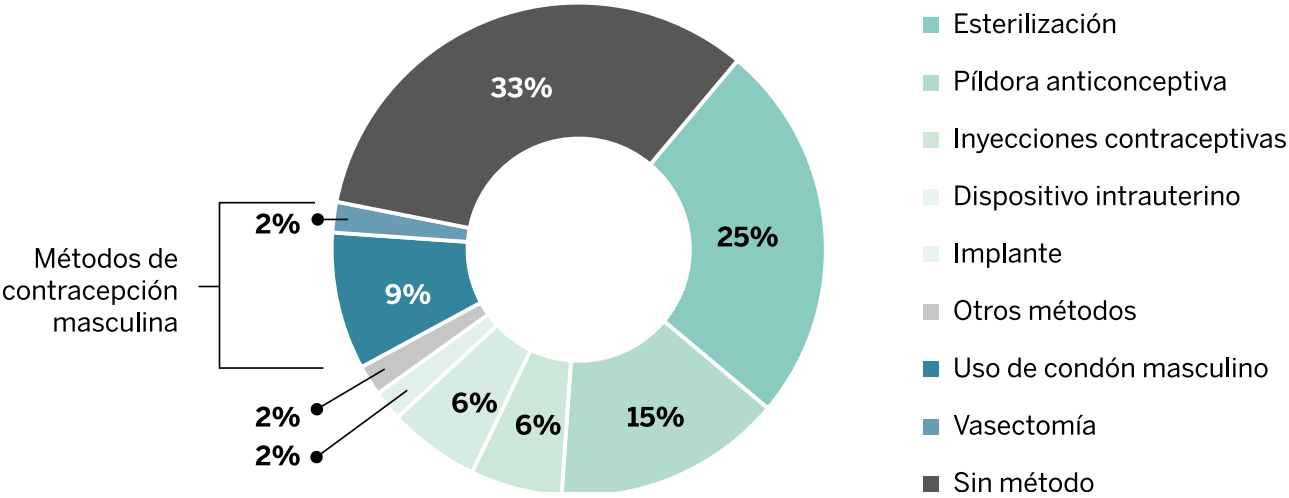
así como de salud sexual, por exposición al VIH/sida y al contagio. Todo ello ocurre en un contexto de hostigamiento, exclusión y estigmatización por pertenecer a una minoría, lo que además genera condiciones de estrés desde lo social (Meyer, 2003; APA, 2018). Asimismo, las personas LGBTTI que viven con el VIH y que perciben altos niveles de estigmatización muestran 2,4 veces más probabilidades de retrasar la solicitud de atención médica, y solo acceden a ella cuando están muy enfermas (ONUSIDA, 2017).

Según se deriva de la Encuesta MyS, pese a lo anterior, la comunidad LGBTTI, cuando está vinculada y organizada, en general es más consciente del manejo de su salud que las personas heterosexuales, en parte porque los mensajes de concientización de riesgos se han orientado a ese grupo. Además, los mensa-

**A pesar de que la vasectomía es segura, más simple y más efectiva que la esterilización femenina, su prevalencia aún es baja.**

jes de salud sexual dirigidos a los hombres heterosexuales se centran fundamentalmente en la prevención del cáncer de próstata o testicular, dejando de lado otros aspectos de la salud masculina. La participación de los hombres es fundamental para su vida sexual, afectiva y reproductiva. Esto implica decisiones como tener o no tener descendencia, en qué momento, en qué número y con qué intervalo. Sin embargo, históricamente la promoción de la anticoncepción y la planificación familiar se ha dirigido a las mujeres. En el continente destaca el gran impacto que han tenido las políticas de planificación familiar. En el año 2015, 65% de las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, casadas o con una relación de pareja, empleaba métodos de contracepción, con una demanda insatisfecha de 10,7%. En el 2014 los métodos más usados en ALC fueron la

**Figura 10. Métodos anticonceptivos empleados por hombres y mujeres de entre 15 y 49 años, 15 países de América Latina y el Caribe con información disponible, 2006-2013**



Fuente: Elaborada a partir de datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2016a).

esterilización femenina (25%), el dispositivo intrauterino (15%) y las inyecciones anticonceptivas (6%), en contraste con el uso de preservativos (9%) y con las vasectomías (2%) (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016), que juntos solo sumaron un 11% (figura 10). La anticoncepción aún evidencia la falta de políticas públicas sensibles que promuevan la corresponsabilidad en las parejas. A pesar de que la vasectomía es segura, más simple y más efectiva que la esterilización femenina, su prevalencia aún es baja. En el mundo, la esterilización en mujeres es ocho veces más frecuente que en los hombres (2,4% en hombres frente a 19,2% en mujeres) (Organización de las Naciones Unidas, 2015). En ALC la desproporción es aún mayor (10 mujeres por cada hombre). En las políticas en salud de la Región también se reflejan las normas de género. El reto radica en hacer que los hombres sean copartícipes en la toma de decisiones sexuales y reproductivas (Promundo e International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, 2017).

El embarazo adolescente y la participación de los hombres en ese fenómeno es un tema vinculado al

anterior. La tasa de fecundidad en ALC desde 1991 al 2014 fue de 76 por cada 1000 en mujeres adolescentes. La proyección es que entre el 2020 y el 2030, el número de nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años sea de 2 millones por año (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016). Esto se articula con la pobreza en la Región, que se agudiza con 38% de niñas y adolescentes que quedan embarazadas antes de los 20 años, la segunda tasa más alta del mundo después de la de África subsahariana (International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, 2015). Las menores de 20 años que dan a luz tienen un riesgo mayor de muerte materna y de complicaciones asociadas al parto, además de menores posibilidades de acceso a la educación y al empleo. Los hijos e hijas de madres adolescentes presentan mayores riesgos de mortalidad, desnutrición y deserción escolar. En toda esta relación no aparecen los hombres involucrados en dichos embarazos o en las estrategias de anticoncepción. Es una dimensión en la que prácticamente no se indaga.

Es habitual criticar a los adolescentes porque no se implican en el embarazo de sus parejas. Aunque





lo cierto es que según las normas sociales predominantes en ALC, no se espera que lo hagan dado que se les cría al margen de dichas responsabilidades. Consciente o inconscientemente, la familia, los colegios y el sistema de salud perpetúan o agravan esta visión, a veces aplicando medidas punitivas a las niñas por los embarazos precoces, pero no a sus parejas (Lundgren, 2000). Esto tiene efectos en la corresponsabilidad de los hombres en el cuidado y el trabajo doméstico. Existe un imaginario institucional y social según el cual en el fenómeno de la madre adolescente hay un joven adolescente implicado, aunque no existe un registro sistemático sobre las edades de los hombres involucrados. A partir de la información del registro civil, Welti (2014) observa que en México, de los 7000 nacimientos de madres menores de 15 años, 60% de los padres era mayor de 20 años y, en una proporción significativa de casos, las diferencias de edad entre la madre y el padre eran de tal magnitud que es difícil no imaginar que el embarazo se deba a una situación de abuso sexual perpetrada por adultos y oculta en el seno familiar. Esta reflexión hace cambiar el tema de raíz, que se convierte en un reto multisectorial que debe involucrar también a los hombres.

Otro tema fundamental es la participación de los hombres en el proceso del embarazo, el parto y la crianza, dado que 8 de cada 10 hombres serán padres en algún momento de sus vidas. Algunas encuestas apuntan al creciente interés de hombres y mujeres por que el padre tenga un papel de acompañamiento durante el embarazo y el parto y participe activamente en ellos. Los datos de la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género (IMAGES) en ciudades de tres países de América Latina lo confirman, aunque en algunos países los hombres encuentran obstáculos para estar presentes (Promundo et al., 2017). Cuando la participación se convierte en un derecho, los hombres jóvenes intervienen más activamente durante el parto, lo que implica mayores beneficios

para la madre, su hijo o hija, y para ellos mismos. Aún existen tabúes culturales y normativos que se oponen a la presencia de los hombres en el parto, así como reglamentos y limitaciones de los propios centros del sector de la salud, a menudo congestionados y sin infraestructuras adecuadas para garantizar la privacidad. Otro motivo de la ausencia masculina puede ser que algunas mujeres prefieran tener un acompañante distinto de su pareja (Carter, 2002).

Distintas investigaciones realizadas en países de ingresos altos revelan que la presencia de la pareja masculina durante el parto puede representar una experiencia positiva para la madre y el recién nacido al estar el padre en forma solidaria. Su participación antes, durante y después del nacimiento puede tener un papel importante en el logro de un parto humanizado y seguro, si se concibe el embarazo y el parto como un espacio de participación masculina del modo en que lo necesite la madre (Cook et al., 2005). Además, dicha presencia facilita el apego paternofilial y una mayor implicación en la crianza desde el nacimiento mediante una experiencia emotiva de gran trascendencia para la madre y el padre (Promundo et al., 2017). En ALC los permisos de paternidad son prácticamente inexistentes o de muy pocos días, menos de 10 en la mayoría de los países (Lupica, 2016). Este hecho es una oportunidad clara de avanzar en el terreno de las políticas públicas. En el anexo C se muestra un cuadro que recoge la duración de las licencias de paternidad en los países de la Región. Una transformación sería hacia una mayor corresponsabilidad de los hombres en el cuidado de sus hijos implica una mayor participación de estos, así como cambios en las legislaciones y una mayor apertura de los centros de trabajo (Gendes et al., 2018).

Otro problema cuyos avances en ALC son limitados es el de la mortalidad materna, que se asocia a la pobreza, al aislamiento geográfico, a las carencias en los servicios y, en especial, a la escasa capacidad de

decisión y acción de las mujeres, principalmente en comunidades rurales e indígenas. El rol de los hombres en la toma de decisiones y en la asignación de recursos para la búsqueda de ayuda médica no se ha valorado suficientemente, lo que representa el primer retraso en la atención del parto. Esto no se debe meramente a la mala voluntad de los hombres, sino a su socialización y a su desconocimiento de las señales de alarma en un embarazo y de la posibilidad real de prevenir las complicaciones o las muertes.

Los cuatro campos anteriores (anticoncepción y planificación familiar, embarazo adolescente, permisos de paternidad y mortalidad materna) muestran claramente las disparidades de género en las que los hombres no son llamados a asumir una corresponsabilidad integral. Es un ejemplo de la cultura de género que centra el fenómeno de la reproducción en el cuerpo femenino. Si a los hombres, en especial a los jóvenes, no se los educa ni se los hace copartícipes en el ámbito sexual, difícilmente lo serán en la salud reproductiva. Se pueden crear oportunidades para construir o reforzar una masculinidad positiva basada en una libertad responsable ante la expresión de la sexualidad. Esto dará como resultado el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos mediante el uso de métodos anticonceptivos, el cuidado de la salud reproductiva y sexual, la participación en la doble protección y en embarazos planificados, todo ello con miras a lograr una sociedad más justa y equitativa (IPAS-Bolivia, 2016).

### **3.5. Masculinidades en un mundo diverso, globalizado y cambiante**

El tema de los determinantes sociales de la salud, las masculinidades y la salud se cierra en este apartado destacando la complejidad<sup>12</sup> de este campo en un

<sup>12</sup> El pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional; consciente de que las causas son a su vez causadas, ligadas entre sí, busca rendir cuentas de las articulaciones entre dominios disciplinarios aislados, cuyos objetos de estudio se vinculan en la realidad (Morin, 1990).

mundo diverso y cambiante. El problema de la salud de los hombres y del trabajo preventivo y de atención que se puede hacer con ellos se inscribe necesariamente en el contexto de los múltiples cambios que están teniendo lugar en torno a las relaciones de género que, a su vez, reflejan transformaciones de índole económica, educativa, social y cultural. En la Región de las Américas pueden reconocerse importantes transiciones que provocan —y, a veces, provienen de— cambios en las relaciones de género. Estas transformaciones no afectan por igual a todos los países ni a todos los sectores que las componen. Algunas de ellas son:

- un proceso de urbanización acelerado que comenzó en la década de 1970;
- los cambios en la organización económica de la sociedad, con la incorporación masiva de las mujeres al trabajo asalariado;
- el calentamiento global y su impacto en el aumento de todo tipo de desastres naturales;
- la precarización del trabajo y el desempleo, el deterioro del poder adquisitivo, la polarización económica y la persistencia de la pobreza, que demandan que más miembros de la familia deban trabajar para obtener un salario, con frecuencia las mujeres;
- el aumento en la EVN y el envejecimiento de la población;
- la creciente migración interna hacia las ciudades y hacia otros países;
- el inicio de las relaciones sexuales a una edad más temprana, y la tendencia a retrasar el primer matrimonio y el nacimiento del primer descendiente;
- un aumento evidente del nivel educativo en las mujeres;
- cambios en la organización familiar, con familias reconstituidas, el incremento del número de hogares encabezados por mujeres, además del

- aumento de familias formadas por parejas del mismo sexo;
- las reivindicaciones y los avances de los movimientos de mujeres, LGBTTI, indígenas y afrodescendientes;
  - un debate polarizado y una creciente aceptación de la diversidad sexual;
  - la aparición y la consolidación de políticas y programas de igualdad de género dirigidos a las mujeres (a veces con acciones dirigidas a hombres), algunos de ellos promovidos por el sector de la salud, que contribuyen a relaciones de género de mayor equidad en campos cada vez más diversos, como la educación y la política;
  - una fuerte resistencia de las fuerzas conservadoras ante la igualdad de género y el reconocimiento de la diversidad sexual;
  - las implicaciones que conllevan los cambios tecnológicos, con la aparición de nuevos riesgos, como la violencia cibernética;
  - los conflictos internos de tipo político-militar o relacionados con los cárteles de droga y bandas como las maras; y

- la trata de personas, en especial, de mujeres, niñas y niños.


Estos procesos ocurren en un contexto de claro deterioro en varios países de la Región como consecuencia de los efectos de más de diez años de crisis económica y política. En ese sustrato resurgen algunas de las manifestaciones más abyectas de la masculinidad, como el narcotráfico, además de una serie de prácticas violentas y la respuesta frecuentemente belicista de algunos Estados. Ese conjunto de acciones violentas está impregnado de una masculinidad que desprecia la vida y que se vanagloria de un poder basado en las armas, el dinero y el acceso a todo tipo de bienes, incluidas las mujeres, a las que se considera una posesión más. Cuando muchas de las sociedades de la Región avanzaban lentamente hacia el desarrollo y la democracia (más en el aspecto político que en el económico), toparon con estas realidades que, a finales de la segunda década del siglo XXI, parecen no haber tocado fondo todavía. Este deterioro obstaculiza las posibilidades de una transición plena a la igualdad de género y plantea retos nuevos y urgentes en el trabajo con los hombres durante todo el curso de vida.

Los hombres en las políticas  
y los **programas de salud**

4







Existe un amplio cuerpo teórico y de investigación respecto al tema de las masculinidades, al que se agregan las evidencias epidemiológicas que se presentan en este trabajo. Pero no se ha logrado concretarlos en políticas, programas y proyectos públicos. Como resultado del arduo trabajo realizado por las organizaciones feministas y de mujeres para su inclusión en las políticas públicas, estas se han centrado en superar las brechas de género aún existentes que afectan a las mujeres. También, en menor medida, ha habido algunas intervenciones puntuales con hombres destinadas a erradicar la violencia de género, mejorar la salud sexual o sensibilizar a través de campañas sobre temas reproductivos y una paternidad más presente, activa y afectiva.

Se considera que la relación entre las políticas públicas y el género ha transitado por varios estadios:

- Políticas indiferentes al género, dirigidas a mujeres y hombres “por igual”, pero en las que pueden existir componentes que excluyan a las mujeres.
- Políticas públicas sexistas que se apoyan en los roles de género tradicionales y tienden a reproducirlos, excluyendo a las mujeres de los recursos y los beneficios que se ponen al alcance de los hombres.
- Políticas dirigidas a las mujeres para reducir las brechas de género.
- Políticas transformadoras o redistributivas de género que tienen en cuenta las necesidades de las mujeres y los hombres, propiciando una redistribución de responsabilidades, recursos, roles productivos y reproductivos, así como la toma de decisiones (INMUJERES, 2007).

Estas últimas son las que este documento considera políticas relacionales de género, atentas a las especificidades de género y sensibles a no generar nuevas brechas y desigualdades. La OPS impulsa su *Plan de Acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género*, en el que define campos prioritarios sobre conceptos de género ampliados, de medición del alcance de la igualdad de género y del trabajo sobre masculinidades, entre otros. Dichos conceptos se retoman en el actual *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud: 2014-2019* (Organización Panamericana de la Salud, 2014a), en el que el género sigue siendo un eje transversal, que se plantea para subsanar las brechas en la información, la reducción de inequidades en salud y la promoción de la salud en todas las políticas. Una de las metas específicas principales es reducir la mortalidad prematura por violencia y traumatismos entre los jóvenes de 15 a 24 años.

En la mayoría de los países de la Región, el sector de la salud dedica grandes esfuerzos a atender las distintas consecuencias para la salud de la socialización masculina hegemónica, pero lo hace de forma compartimentada y, por lo general, sin aplicar la perspectiva de género. Distintas instancias y especialistas atienden asuntos como el VIH/sida, los

accidentes, las adicciones, las violencias o las enfermedades crónicas, cuando en la vida de los hombres suelen estar concatenadas entre sí y sobredeterminadas por los DSS.

En las políticas y programas del Estado y de la sociedad civil se han ido poniendo en marcha lentamente programas que incorporan la perspectiva de las masculinidades. En casi todos los países, las iniciativas oficiales han sido precedidas por la experiencia y propuesta de organizaciones de la sociedad civil. Algunas de estas iniciativas civiles han alcanzado presencia internacional, incluidas algunas impulsadas desde la Región:

- La campaña del Lazo Blanco fue una de las primeras acciones de un movimiento de hombres para cuestionar y frenar la violencia masculina hacia las mujeres. La inició Michael Kaufman junto con otros hombres en Canadá tras la llamada Masacre de Montreal y en la actualidad tiene presencia en más de 50 países (<https://www.whiteribbon.ca>).
- El Programa H lo llevan a cabo organizaciones civiles de Brasil y México en varios países como alternativa para sensibilizar a los hombres jóvenes en cuestiones de género, prevención del VIH, violencia, salud mental y paternidades. Igualmente, el trabajo sobre paternidades de MenCare y el Programa P han dado buenos resultados. Por último, cabe mencionar el programa D, que se centra en las masculinidades, la diversidad sexual y la homofobia (<https://men-care.org>).
- La alianza MenEngage desempeña un papel motor para unificar la labor hacia masculinidades positivas, con representantes en casi todos los países de la Región y redes consolidadas en América del Norte, México, Centroamérica, Brasil, Co-

**Los programas que trabajan sobre las masculinidades suelen tener un alcance restringido, son de corta duración y no están incorporados a la agenda de políticas públicas.**

lombia, Perú y Uruguay, entre otros ([menengage.org](http://menengage.org) y [menengage.org/regions/latin-america](http://menengage.org/regions/latin-america)).

- Recientemente se ha comenzado a promover en México la agenda *Suma por la Igualdad* (Gendes et al., 2018), con propuestas de políticas públicas que tiendan a la inclusión de los hombres hacia el cambio cultural, la prevención de la violencia, la corresponsabilidad en el cuidado y la atención a su salud.

Los programas que trabajan sobre las masculinidades suelen tener un alcance restringido, son de corta duración y no están incorporados a la agenda de políticas públicas. En consecuencia, generalmente tienen un alcance más bien grupal y comunitario, lo que impide una intervención sostenida de larga duración para lograr cambios significativos (Barker et al., 2012; Organización de las Naciones Unidas, 2008). Por ello es imperativo movilizar la voluntad política y los recursos económicos necesarios para incrementar la escala y el impacto del trabajo con hombres y niños a fin de promover la equidad de género y la salud (Hernández, 2014).

Para Barker et al. (2012), con frecuencia no se ve a los hombres como aliados, sino más bien como obstáculos para las políticas de género. Esto podría ser cierto si se privilegia la perspectiva de género como un equivalente a las políticas sobre mujeres, o si se cree que esas intervenciones son lentas o que el cambio será mínimo. Todo lo anterior hace que las iniciativas en favor de la salud de los hombres suelen ser marginales, insuficientes y tardías.

Según apunta Barker en la Encuesta MyS, se tiende a considerar la salud de las mujeres en oposición a la de los hombres, en detrimento una de la otra, dejando de lado una visión relacional y constructiva.

Quienes abordan la salud de los hombres son vistos en ciertos casos como antifeministas o en competencia por los recursos escasos, cuando lo que hace falta es el estudio y la acción en salud de hombres y mujeres de forma relacional.

Otra de las críticas se dirige a la heteronormatividad y a la visión binaria del sistema de salud. Según Rivera Duarte en la Encuesta MyS, “[n]o hay una perspectiva de la realidad de la salud de hombres trans o de quienes tienen una identidad de género masculina, así como tampoco se tiene para las mujeres trans”. En ese sentido también la heteronormatividad de la sociedad, y de los actores de salud en particular, añade barreras para las personas con una identidad de género distinta a las opciones binarias establecidas, según indica Vargas Urías en la Encuesta MyS.

En el anexo C se sintetizan algunas de las iniciativas y programas llevados a cabo en varios países de la Región.<sup>13</sup> Sin embargo, es destacable el caso de Brasil que, junto con Australia e Irlanda, es de los únicos países que cuenta con programas nacionales que asumen de forma integral la salud de los hombres. La *Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre* se creó en el año 2009 y se cita como modelo integrado e intersectorial que puede servir de inspiración para avanzar (Spindler, 2015). La iniciativa se dirige a hombres de edades comprendidas entre los 20 y los 59 años y cuenta con cinco ejes temáticos: 1) acceso y acogimiento, donde los servicios de salud sean también vistos como espacios masculinos; 2) salud sexual y reproductiva, que reconoce a los hombres como sujetos de derechos sexuales y reproductivos; 3) paternidad y cuidado, con los beneficios de involucrar a los hombres en el cuidado de sus hijos a lo largo de la vida; 4) enfermedades prevalentes en

los hombres, que facilita y garantiza el acceso a la atención de enfermedades, y 5) prevención de accidentes y violencia, que pone en evidencia las conductas de riesgo y violencia y sus costos (Ministério da Saúde, 2013-2018). No es un modelo acabado, pero sí un buen avance para pensar la salud del hombre dentro del sistema de salud sin aislarlo de sus DSS. Aun así, su presupuesto ha sufrido recortes debido a la crisis económico-política que se inició en 2016. También son destacables las políticas previas del país dirigidas a la salud de las mujeres, así como para la población LGBTTI.

En la Encuesta MyS, Moreira da Silva, coordinador del programa, observa que:

El cuidado aún es visto como algo que expresa fragilidad y no fortaleza. Todo ello hace que los espacios de la salud no sean reconocidos como territorios masculinos, prevaleciendo el sentimiento de no pertenencia; y el cuidado sigue siendo visto como atribución femenina. Se hace necesario romper con esa visión y enseñar a los hombres a ser protagonistas de su cuidado.

El enfoque de los DSS constituye un recordatorio de que no solo hay que impulsar políticas de salud con perspectiva de género, sino políticas saludables, o salud en todas las políticas, en general.

Las conductas relacionadas con la salud o los mal llamados “estilos de vida” no provienen de elecciones estrictamente personales y libres. Tres cuartas partes de la humanidad (unos 4.500 millones de seres humanos) no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud como seguir una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo gratificante que no sea

13 Esta es una síntesis inicial, dado que no era el objetivo central de este informe.



nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere, sino quien puede (Benach et al., 2010, p. 35).

Lo anterior apunta a la necesidad de promover cambios en los DSS, el autocuidado de los hombres y la provisión de servicios adecuados.

Los enfoques adoptados por los gobiernos de América Latina para abordar las dimensiones de género en las reformas de la salud a veces no se toman en cuenta, ya que se encuentran fuera del sector de la salud. De ahí que, la aplicación de la llamada perspectiva de género [...] requiere una mirada que vaya más allá del sector salud y que incluya en su análisis la diversidad de reformas sociales que inciden en los resultados de salud (Bachelet, 2015, p. 19).

Un enfoque de políticas saludables con la perspectiva de los DSS debe incluir ámbitos como la educación, el trabajo, las condiciones de vida y la atención a la discriminación por género/etnia y por orientación sexual.

La Organización de las Naciones Unidas (2008, p. 19) ha analizado distintas esferas de intervención con hombres y destaca algunas de las barreras que obstaculizan su participación en el tema de la salud. Respecto al VIH/sida, se señala que:

Muchos de nuestros esfuerzos pasados, y lamentablemente algunos de nuestros esfuerzos actuales, han fomentado una imagen depredadora, violenta e irresponsable de la sexualidad masculina y presentan a las mujeres como víctimas impotentes o focos de infección.

Por todo lo anterior, se recomienda que las intervenciones no se basen en estereotipos sexuales y de género negativos.

Así como el enfoque de muchas políticas y servicios de salud tiende a reproducir o reafirmar estereotipos de género, también pueden documentarse barreras derivadas de la misma construcción de la masculinidad, riesgos asociados y falta de recursos personales para el autocuidado, así como barreras logísticas de los servicios (como los horarios de atención, su ausencia en zonas remotas, etc.), para el cumplimiento de sus mandatos. Todo ello hace que sea urgente visibilizar la necesidad de adoptar un enfoque integral de las necesidades de los hombres.

Según apunta Ramos en la Encuesta MyS, por falta de autocuidado prevalece una subutilización de los servicios de salud por parte de los hombres, especialmente a nivel primario (prevención), quienes acuden tarde a la asistencia sanitaria, haciéndolo cuando ya están muy enfermos. Existen ciertas creencias machistas que inculcan sentimientos de vergüenza en los hombres ante la posibilidad de que sus órganos sexuales sean revisados o temor al tacto rectal por problemas en la próstata, considerando que esa práctica los humilla porque los coloca en el rol de homosexuales.

Puede constatarse una dialéctica, por lo general negativa, entre la falta de claridad en torno a los hombres por parte de los servicios y el desinterés, temor o vergüenza de ellos, que los lleva a no cuidarse ni atenderse. En el caso del análisis de la oferta de servicios, destaca en la mayoría de los países de la Región de las Américas una cobertura universal de salud que aún es insuficiente. Parte de esta carencia tiene que ver con la ausencia de personal para la atención integral de los hombres, más allá de la que pueda prestar un urólogo. En la Encuesta MyS, Barker y Shand plantean la necesidad de que

las instituciones sanitarias aborden la salud de los hombres de una forma nueva. Los factores de riesgo que conducen a la aparición de enfermedades no transmisibles (dietas no saludables, consumo de alcohol, etc.) son superiores en los hombres, y su peso en la carga global de enfermedades es desproporcionado (Ragonese et al., 2018). El panorama se vuelve aún más problemático cuando se analiza la cobertura de salud y educación para los pueblos indígenas y afrodescendientes, que es mucho menor que para el resto de la población.

No ver a los hombres desde el género es un vacío presente en las políticas, los programas, los servicios y en la misma formación universitaria de las distintas profesiones del campo de la salud. Esa ceguera limita también las posibilidades de responsabilizarse de los problemas existentes en el sector de la salud, como las distintas formas de violencia obstétrica (Castro, 2004) o el silenciado tema del acoso sexual en el sector (Pando et al., 2016). Estos temas constituyen un reto y una oportunidad para que los hombres reflexionen, cuestionen y ejerzan otras formas de poder y su influencia.

Uno de los campos más prometedores en el trabajo con hombres tiene que ver con el ejercicio de la paternidad. En el *Informe del Estado de la Paternidad en América Latina y el Caribe* se enumeran diversas acciones para mejorar la participación de los hombres desde políticas de paternidad, a través de programas de educación grupal o visitas domiciliarias, entre las que destacan (Promundo et al., 2017) las siguientes:

1. Diseñar programas de paternidad que tengan en cuenta a los padres, y las diversas barreras culturales y de otro tipo, como los horarios.
2. Cuestionar el machismo a través de la reflexión crítica, del análisis de los costos y de los efectos que tiene tanto para las familias como para ellos mismos.
3. Prevenir tempranamente, antes de que los hombres sean adultos y padres (como en el caso del Programa H), con educación grupal y activismo juvenil orientados a cambiar las normas de género.
4. Generar espacios para reflexionar y aprender habilidades de cuidado y de crianza.

# Conclusiones

# 5



Estos ejes explican el valor de los programas para involucrar a los padres en la crianza y también para que se reduzcan el castigo corporal y el maltrato infantil. El reto de estas actividades y programas es aplicarlos a gran escala, de modo que incluyan a actores de todos los programas, de salud y educación, y que desarrollen estrategias que apunten a la prevención y la promoción de la igualdad de género.

En este documento se analiza la construcción sociocultural de las masculinidades como un conjunto de atributos, valores, funciones y prácticas que se suponen culturalmente esenciales a los hombres y se incorporan a través de procesos de socialización ejercidos por diversas instancias (familia, escuela, vecindario, trabajo, instituciones de gobierno, medios de comunicación, etc.). En la mayoría de los países de la Región, gran parte de los hombres aún mantienen una posición de mayor poder (político, económico, educativo) y de autonomía respecto a las mujeres, lo que les garantiza diversos privilegios. La literatura muestra cómo la socialización masculina, con variantes nacionales y regionales está asociada a mandatos que, a su vez, se convierten en factores de riesgo tanto para los hombres como para las mujeres. Así, la desigualdad de género basada en el privilegio y los mandatos masculinos tienen consecuencias en el campo de la salud. Por ello, la salud se convierte en un excelente y dramático observatorio para dar cuenta de las prácticas de riesgo, la vulnerabilidad y los costos de la masculinidad hegemónica. La revisión epidemiológica muestra claramente los siguientes costos:

- a. Un EVN promedio de 5,8 años menor para los hombres.
- b. Un mayor riesgo de morir por diversas causas:
  - Siete veces más por violencia interpersonal.
  - Seis veces más por consumo de alcohol.
  - Cuatro veces más por ahogamientos y accidentes laborales.
  - Tres veces más por traumatismos debidos al tránsito y suicidios.
  - Y hasta dos veces más por cirrosis hepática, VIH/sida y consumo de drogas.
- c. La sobremortalidad masculina comienza a acentuarse durante la adolescencia, con predominio de las causas de muerte violentas que triplican la mortalidad de los adolescentes hombres.
- d. Todos estos datos se reflejan en la carga global de la enfermedad y los AVP, que muestran que 1 de cada 5 hombres muere antes de cumplir los 50 años.

La situación de salud de los hombres ha estado escondida a plena vista durante demasiado tiempo, tanto en el nivel nacional como en el global. Además de la mortalidad prematura, las consecuencias en los hombres son obvias y quienes elaboran las políticas y los profesionales de la atención a la salud no las han abordado adecuadamente. Actualmente existen al menos algunos signos de cambio, pero ¿son suficientes para marcar una diferencia? (Baker, 2018)

El análisis coincide con las conclusiones de la Encuesta MyS y converge en muchos sentidos con algunos de los resultados, conclusiones y recomendaciones del informe *The health and wellbeing of men in the WHO European Region* [Estado de la salud y bienestar de los hombres en Europa] (Organización Mundial de la Salud Europa, Oficina Regional para Europa, 2018b), así como con el informe global *Masculine Norms and Men's Health* [Normas masculinas y salud de los hombres] (Ragonese et al., 2018), en términos de la estrecha relación que existe entre las masculinidades y la salud, en la que las identidades y las prácticas de los hombres exigen o refuerzan la falta de cuidado de su salud, incluso llegando al descuido. Esto ha generado una cultura del riesgo, con estilos de vida y comportamientos asociados que tienen consecuencias negativas en varios ámbitos. Entre esos ámbitos cabe mencionar, tal como se muestra en la Encuesta MyS, el trabajo, con accidentes laborales derivados del incumplimiento de las reglas de seguridad, a causa de competencias de hombría y virilidad entre trabajadores; las relaciones sexuales, al mantener relaciones sexuales sin protección, lo que conlleva el riesgo de contraer y transmitir ITS y el VIH; la calle, al conducir vehículos en estado de ebriedad, con accidentes y enfrentamientos violentos; los roles familiares, con la violencia contra las parejas y los suicidios ocasionados tanto por su fracaso como proveedores económicos como debido a la discriminación sufrida

por motivos de etnia, color, etapa de vida, etcétera. Todo lo anterior plantea las diversas vulnerabilidades relacionadas con el género, que tienen consecuencias negativas no solo en los hombres, sino también en las mujeres y en las familias y comunidades en las que viven los hombres, y por consiguiente, en toda la sociedad (Aguayo y Sadler, 2011).

Así, se identifica la existencia de necesidades específicas en salud. Al igual que las mujeres padecen limitaciones en términos de su derecho a la salud y violencia de género e institucional, entre otras, los hombres desarrollan barreras internas para cuidar y atender su salud, y encuentran servicios poco apropiados en cuanto a la receptividad, la información, los horarios y las infraestructuras.

Para dar cuenta de la complejidad de esta temática se han analizado también las masculinidades y la salud desde los DSS presentes en la Región: el curso de vida, la etnia/raza, el trabajo y la sexualidad. Estos intersecan con otras inequidades internas, sobre todo en los hombres pertenecientes a las diversas etnias, en los adolescentes y en los hombres de la comunidad LGBTTI. Los hombres de las masculinidades subordinadas padecen un mayor estigma por parte de la sociedad, pero también del sistema de salud. En la Encuesta MyS, Escobar destaca además la falta de capacitación de los equipos de salud para proporcionar una atención específica a dichos grupos. El sector de la salud no es ajeno a estas manifestaciones de desigualdad y violencia en su interior, ya que también está impregnado de relaciones de desigualdad de género que se manifiestan tanto entre el personal de salud como hacia la población usuaria.

La población LGBTTI enfrenta la estigmatización institucional, la inequidad en el acceso a los servicios y una capacitación insuficiente del personal para atender sus necesidades. Esto aumenta su vulnerabilidad

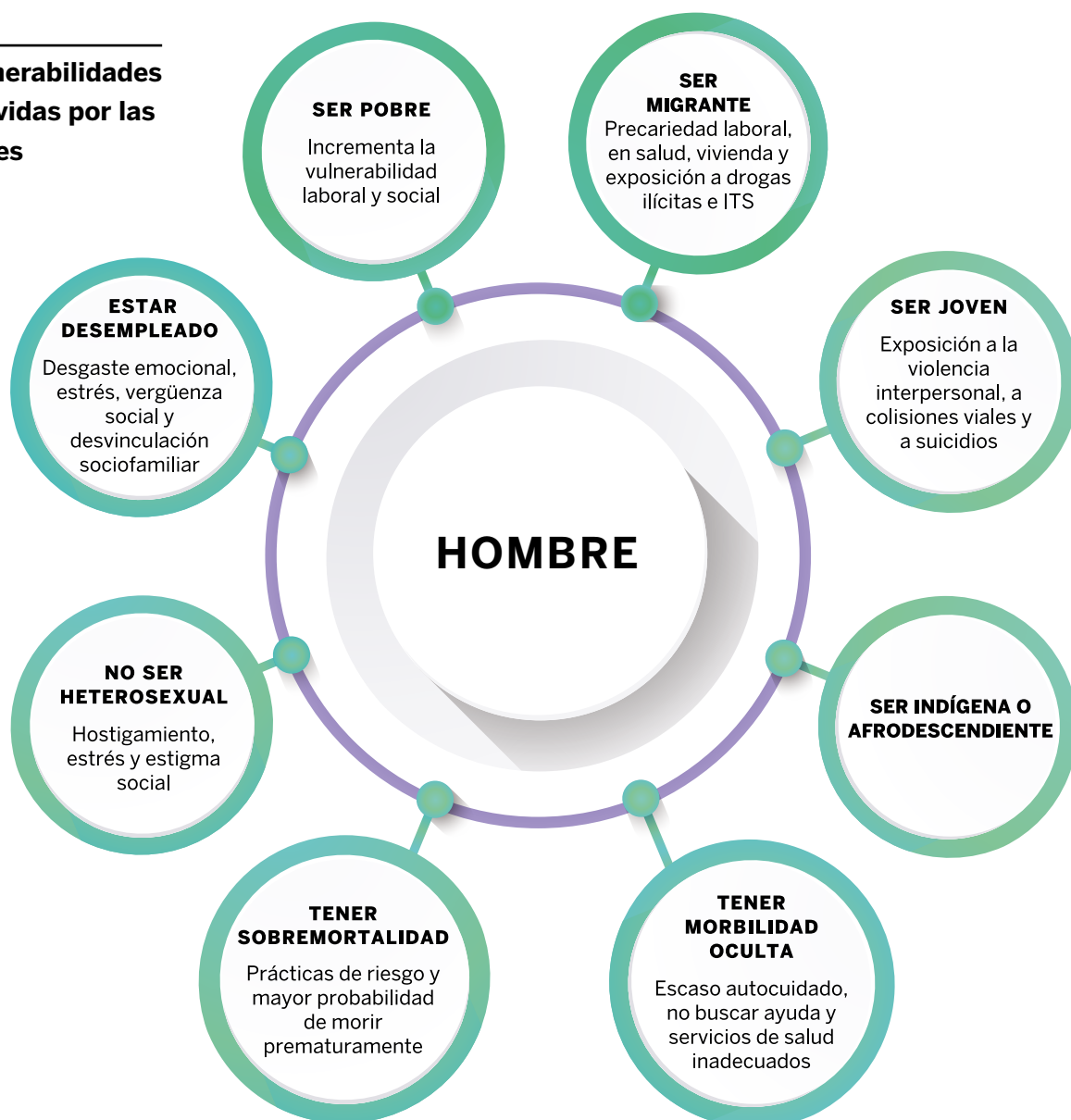


a problemas críticos como el VIH/sida y los crímenes de odio, además de su falta de oportunidades sociales para el empleo y la educación.

Diversos estudios muestran que tanto la población afrodescendiente como la indígena presentan mayores inequidades de salud que el resto de la población. Esto incluye su invisibilización, puesto que en las bases estadísticas no están registradas en forma desagregada sistemáticamente. Se ha demostrado que en estas comunidades existe una mayor morta-

lidad general en los hombres, una menor esperanza de vida, menos acceso a todo tipo de servicios, menor repercusión de las estrategias de tratamiento del VIH/sida y una menor escolaridad, lo que apunta a la necesidad de un enfoque de equidad e intercultural. En la dimensión del trabajo, se observa que las personas más pobres realizan trabajos más peligrosos, lo que afecta su salud dentro y fuera de lo ocupacional. En la figura 11 se sintetiza esta interseccionalidad de vulnerabilidades.

**Figura 11. Vulnerabilidades causadas y vividas por las masculinidades**



La sexualidad y la reproducción constituyen un tema importante en el que también están presentes las relaciones basadas en el poder y la desigualdad condicionadas por el género. El ejercicio de la sexualidad desde la hegemonía masculina, poco autónoma e irresponsable, pone en riesgo a los hombres y a sus parejas (ITS, violencia, disfunciones sexuales, etc.), así como a la población LGBTTI. Según apunta Fernández Moreno en la Encuesta MyS, los hombres generalmente son portadores asintomáticos de ITS, pero no lo saben, no lo asumen y no lo contrarrestan efectivamente porque desconocen las medidas básicas de higiene y prevención. Es necesario promover su participación en todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, desde el inicio de la maduración sexual, la concepción, el embarazo y el parto hasta la lactancia y la crianza. Esto también repercutirá en un cuidado más cercano, afectivo y cotidiano de hijos e hijas y permitirá a los hombres disfrutar de la crianza como parte de su corresponsabilidad.

Es evidente la necesidad de impartir, en las escuelas y en otros contextos, una educación integral desde una sexualidad basada en derechos y con perspectiva de género, con contenidos apropiados para el desarrollo de destrezas, actitudes, habilidades sociales y valores, que permita a los hombres cuidar de sus cuerpos, proteger su salud y su bienestar (Organización de las Naciones Unidas, 2014). La educación integral en sexualidad debe centrarse tanto en la maternidad como en la paternidad y debe realizarse con enfoque de género, promoviendo la participación de los hombres y cuestionando abiertamente el machismo y el sexismo (International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, 2015).

La falta de cobertura universal en salud en la mayoría de los países se explica por el escaso uso que los hombres hacen de los servicios de salud o porque llegan a ellos tarde, no solo por su propia resistencia, sino también porque encuentran barreras de acceso

para su atención. Algunas de ellas son la ausencia de consenso acerca de la implicación de los hombres en las políticas de igualdad; el género entendido solo como políticas dirigidas a modificar las realidades adversas de las mujeres y las niñas; la visión de los hombres como obstáculos al logro de la igualdad al encasillarlos en un rol tradicional dominante, violento e inequitativo, como si la masculinidad no experimentara cambios. Todo lo anterior impide abordar los problemas de salud de los hombres desde aspectos preventivos o que promuevan su autocuidado y el cuidado de la salud de los demás. En los controles prenatales y en los controles de salud infantil no se tiene en cuenta a los padres ni se los ve como actores secundarios en la crianza, con lo cual pierden la oportunidad de desarrollar su corresponsabilidad (Barker et al., 2012; Aldana et al., 2015).

El resultado está a la vista y es muy preocupante tanto por los enormes costos que implica este problema como por su relativa invisibilidad. Las políticas y los programas de salud están avanzando muy lentamente hacia una visión de conjunto y de curso de vida en el caso de la salud de las mujeres. Pero, en pleno siglo XXI, resulta sorprendente la ausencia de una perspectiva integral sobre los hombres. Y este vacío está presente en las políticas, en los programas, en los servicios y en la formación de las distintas profesiones en el campo de la salud en las universidades de la Región. Es un punto ciego histórico que ha estado inevitablemente presente en los orígenes de la medicina y la salud pública, enraizado en conocimientos biológicos, pero que actualmente puede y debe ser superado.

El sector de la salud está desplegando un gran esfuerzo para atender las múltiples consecuencias de la socialización masculina hegemónica, pero lo hace de una forma compartimentada y, por lo general, sin un planteamiento preventivo y de igualdad de género. Esta atención dispersa de las distintas manifestaciones de las masculinidades y la desigualdad de género



hacia las mujeres representa un costo enorme y, a su vez, afecta al desarrollo y al financiamiento de las políticas y programas de salud.

Solo mediante la concatenación de los problemas y la construcción de una visión de género relacional que incluya a las mujeres y a los hombres y a sus DSS se comenzará a tener una perspectiva y una respuesta que merezcan el apelativo de “integrales”. Ya se cuenta con propuestas para resolver este problema que tienen su origen en la sociedad civil y el ámbito académico, las cuales muestran el camino para la intervención desde programas y políticas gubernamentales. Sin embargo, las primeras respuestas aún son marginales, insuficientes y tardías. Es necesario ampliar estas iniciativas, y asegurar su continuidad y su evaluación sistemática.

A partir de las evidencias epidemiológicas, es posible poner de manifiesto los costos originados por la masculinidad hegemónica, entre otros, los AVP por las principales causas de muerte señaladas, los AVPD, los costos de atención y rehabilitación (incluida la atención no remunerada de las mujeres), los daños a otros hombres y a las mujeres, los daños materiales y los costos derivados de la reclusión en el sistema penitenciario, sin dejar de lado las consecuencias para la vida de las mujeres, las niñas y los niños.

Evidenciar todos esos costos es muy necesario y constituye un verdadero reto en los estudios de la carga de la enfermedad. Prevenirlos, también desde lo económico, hará que la discusión acerca del origen de los recursos para trabajar con hombres sea irrelevante. Tal como señala Shand en la Encuesta MyS, documentar los costos de la masculinidad tóxica ayudará a definir respuestas programáticas. Dar cuenta de estas consecuencias para los hombres no tiene como objetivo convertirlos en las víctimas del siglo XXI, sino ayudarlos a reconocer sus vulnerabilidades, a atenderlas y a prevenirlas.

Recuperando el planteamiento de Barker et al, 2012, p. 63, nos preguntamos: ¿Deberían ser los hombres incluidos solo para reparar las desigualdades que enfrentan las mujeres o es también posible concebir que ellos tengan sus propias necesidades y vulnerabilidades relacionadas con el género, que deberían ser incluidas en las políticas públicas?

La respuesta es un rotundo sí.

Es posible acercarse de una forma crítica a las necesidades y vulnerabilidades de los hombres. Es posible e ineludible, y este proceso debe converger con el de las mujeres en el camino hacia la igualdad.

En síntesis, las conclusiones son las siguientes:

- Existe una estrecha relación entre masculinidad y salud, en la que los roles, las normas y las prácticas impuestas socialmente a los hombres exigen o refuerzan su falta de autocuidado e incluso el descuido de su propia salud física y mental. Esto ha generado una cultura del riesgo y las vulnerabilidades, con estilos de vida y conductas asociadas que tienen consecuencias negativas en varios ámbitos como el trabajo, las relaciones sexuales, la violencia de género, los accidentes, el aumento del consumo de drogas y alcohol, entre otros, que impactan en el bienestar de hombres y mujeres.
- Cuando se analizan las masculinidades y la salud y se toman en cuenta los DSS (edad, etnia o raza, trabajo, diversidad sexual, etc.) y el enfoque del curso de vida, se observa que las masculinidades subordinadas en la Región padecen una gran estigmatización de la sociedad y del sistema de salud. En muchos casos, la falta de capacitación y sensibilización específica entre los profesionales de la salud para el cuidado de estos grupos es una barrera adicional para algunos hombres.


- Considerando los contextos y condiciones históricas desde la colonia y la esclavitud, que afectan directamente a la salud, la población afrodescendiente e indígena presenta mayores inequidades de salud que el resto de la población. Esto incluye su invisibilidad en las bases de datos estadísticas, ya que por sistema los datos no se registran de manera desagregada. Estos hombres presentan una mayor mortalidad, una menor EVN, un menor acceso a todos los tipos de servicios, una menor escolaridad y menores resultados en las estrategias de prevención y tratamiento del VIH/sida.
- La práctica de la sexualidad basada en la hegemonía masculina con poca autonomía, escasa información y acceso a la atención y a los recursos de salud sexual pone en peligro a los hombres y a sus parejas, así como a la población LGBTTI, exponiéndolos a ITS, violencia, y disfunciones sexuales, entre otros riesgos. Existe una clara necesidad de implementar un enfoque integral basado en los derechos y la igualdad de género para la educación sexual dentro y fuera de las escuelas, con contenidos apropiados para desarrollar habilidades sociales, actitudes y valores que permitan a los hombres cuidar de sus cuerpos, así como proteger su salud y su bienestar.
- La falta de cobertura universal de salud en la mayoría de los países se articula en el escaso uso que hacen los hombres de los servicios de salud o porque recurren a ellos tarde, no solo por su propia resistencia, sino también porque encuentran barreras de acceso a su atención. Existe una falta de enfoque integrado y orientado al curso de vida en las políticas, los programas y los servicios relacionados con la salud de los hombres.
- El sector de la salud aborda múltiples consecuencias de la socialización masculina hegemónica de manera fragmentada y, por lo general, sin una visión preventiva ni basada en el género. Esta escasa atención a las diferentes manifestaciones de las masculinidades, junto con las desigualdades de género que afrontan las mujeres, tiene un costo enorme y determina el desarrollo y el financiamiento de políticas y programas de salud.
- En la mayoría de los países de la Región de las Américas, un mayor porcentaje de puestos de poder y de toma de decisiones está ocupado por hombres, lo que les garantiza diversos privilegios. Las obras en esta materia muestran que la socialización masculina se asocia con roles, normas y comportamientos que, a su vez, se convierten en factores de riesgo tanto para los hombres como para las mujeres. Los roles, los privilegios y las prácticas de la masculinidad hegemónica tienen consecuencias para la salud. Esto convierte a la salud en un observatorio excelente y oportuno a través del que abordar la vulnerabilidad y los costos de la masculinidad hegemónica.
- Los hombres corren un mayor riesgo de morir por diversas causas externas, como violencia interpersonal (7 veces más que las mujeres), consumo de alcohol (6 veces más que las mujeres), traumatismos debidos al tránsito y suicidios (3 veces más que las mujeres), accidentes relacionados con el trabajo (4 veces más que las mujeres), así como de VIH/sida y cirrosis del hígado (2 veces más que las mujeres). No obstante, es importante señalar que la situación general de salud de las mujeres sigue siendo peor en términos de derechos, circunstancias en las que están implicadas la violencia y el acceso al poder y a los recursos, entre otras.



# Recomendaciones

# 6





A partir de la evidencia disponible es necesario discernir mejor cómo pueden adaptarse las políticas y programas a los desafíos de plantear la salud de los hombres desde una perspectiva de género. Esta perspectiva debe reconocer la diversidad entre los hombres ligada a los efectos de los DSS. Pocos países cuentan con programas de salud para los hombres y el número de políticas con perspectiva de género en temas de salud aún es limitado. En el caso de Brasil, su Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre ha permitido avances notables en esta materia. Es necesario valorar qué incentivos pueden ayudar a desarrollar la capacidad de los sistemas de salud y sus proveedores a fin de mejorar la prevención y la respuesta a las necesidades de los hombres. También es necesario reflexionar sobre cómo los servicios de salud pueden llegar a los hombres, utilizando espacios como el trabajo o el deporte, según apunta Shand en la Encuesta MyS, desde una perspectiva salutogénica que esté menos centrada en el hospital o centro de salud (Antonovsky, 1996).

Los servicios de salud disponibles deben ser pertinentes y garantizar integral y multidimensionalmente la salud de los hombres ofreciendo horarios y espacios accesibles para ellos. Esto se correlaciona con la necesidad de que exista una voluntad política y un mejor conocimiento del sector de la salud para atender los problemas masculinos, según apunta Esquivel Ventura en la Encuesta MyS y Gendes, et al., 2018. Entre los desafíos que se deben superar para lograrlo figuran las barreras culturales y psicológicas al solicitar atención, como el temor, la negación, la vergüenza y el sentir amenazada la masculinidad. Una visita al médico puede representar un cuestionamiento de su orgullo, poner en evidencia su incapacidad para cuidarse adecuadamente o constituir una violación de las normas masculinas de ser fuerte. Una de las formas para modificar las actitudes de los hombres hacia la utilización de los servicios de salud es a través de la enseñanza de los riesgos para su salud y fomentando las prácticas de autocuidado desde que son jóvenes (Lundgren, 2000). Esto facilitará que tiendan a recurrir a los servicios más pronto y que asuman las prácticas de prevención y promoción de la salud.

La cultura del sistema de salud aún tiene una visión maternoinfantil, y su lógica de atención primaria, que no incluye suficientemente a los hombres (ni a las mujeres en todo su curso de vida), debe ser cuestionada. Los hombres también tienen que ser vistos en relación con la salud de los miembros de su familia (salud sexual y reproductiva, paternidades, etc.), por lo que hay que replantear el modelo de atención primaria para transformarlo en uno en el que las masculinidades tengan su lugar, como apunta Barker en la Encuesta MyS, y que cuestione su visión heteronormativa para atender a las diversidades sexuales.

Escobar apunta en la Encuesta MyS que pensar las acciones de prevención desde el enfoque del curso de vida es fundamental; es decir, sabiendo que cambios actitudinales realizados durante la infancia y adolescencia pueden sostenerse luego a lo largo de la vida o, a la inversa, que los comportamientos no saludables en la vida adulta, en general, tienen que ver con aprendizajes incorporados en edades tempranas de la vida.

Un tema importante que emerge en este campo es el del autocuidado, la responsabilidad y la participación en los distintos ámbitos de la vida (el cuerpo, la sexualidad, la reproducción, el trabajo, la familia y otras relaciones relevantes). Según indica Campos Guadamuz en la Encuesta MyS, “todas las problemáticas de salud que afectan a los hombres son prevenibles, pero están sujetas a una sensibilización y reeducación de los hombres”. Las prácticas de riesgo importantes entre la población masculina (tabaquismo, alcoholismo, dieta no saludable, falta de ejercicio físico, etc.) deben ser atendidas como una prioridad de salud pública. Lo mismo es aplicable al fortalecimiento de los activos en salud y al desarrollo de procesos que convoquen a los hombres a la no violencia hacia las mujeres, la comunidad LGBTTI ni hacia otros hombres. A estas mismas conclusiones centrales llega el informe de Ragonese et al. (2018).

Las publicaciones en esta materia no cuentan, por el momento, con suficientes análisis cuantitativos ni, en especial, de tipo cualitativo sobre estos problemas desde una perspectiva de género y masculinidades. Hay que entender mejor cómo la construcción social del ser hombre da lugar a estas cifras elevadas y alentar los cambios en las prácticas de salud. También se debe investigar las múltiples interrelaciones entre las masculinidades y los DSS, en especial los que dan lugar a disparidades específicas vinculadas a la etnia/raza, al trabajo, la orientación sexual y el curso de vida.

Otro aspecto importante que se debe considerar es la sistematización y la comunicación de las experiencias en el trabajo con hombres desde el sector de la salud, desde el ámbito académico, las organizaciones de la sociedad civil y los organismos internacionales con el fin de informar a quienes diseñan e implementan las políticas públicas en cualquier nivel.

Las evidencias de los efectos negativos de la masculinidad hegemónica en la salud de mujeres y hombres son apabullantes, y en cambio las evidencias positivas de su involucramiento en la salud son escasas, aunque algunas de ellas ya se señalan en la salud sexual y reproductiva y las paternidades. Una mirada salutogénica debe ayudar, por ejemplo, a reconocer cómo se socializa a hombres no violentos, no adictos, que cuidan de su salud o viven procesos de envejecimiento con salud y qué aporta esto a la calidad de vida en el curso de vida. Deben reconocerse también los activos en salud presentes en los distintos contextos en los que viven y se desarrollan los hombres. Más que hablar de “nuevas masculinidades”, esto se refiere a la generación y promoción de masculinidades positivas.

La prevención y la promoción de la salud de los hombres rebasa el ámbito del sector de la salud. Por ello, es importante que la comprensión de la perspectiva de género relacional y transformadora se inserte en un planteamiento amplio de políticas coordinadas desde y para otros órdenes. Estos deben incluir el laboral, el medioambiental y el de seguridad y, por supuesto, el de salud, y generar políticas saludables o favorecer el enfoque de salud en todas las políticas, es decir, que desde otros sectores se adopten políticas que repercutan positivamente en la salud con especial énfasis en los DSS que afectan directa o indirectamente la salud de los hombres. Esto requiere necesariamente una amplia participación de los propios hombres, que está aumentando en todo el mundo, articulada a través de redes como MenEngage.



Este documento es un llamado oportuno que facilita una visión de conjunto de los hombres no solo como factor de riesgo, sino como parte de la solución. Es un tema y un campo complejo que debe concitar atención, presencia y recursos en las políticas y los programas para construir una perspectiva de género relacional. Dicha perspectiva debe estar atenta a las viejas y las nuevas inequidades entre los hombres y las mujeres en el curso de vida y desde los DSS, como pueden ser el aumento del número de casos de VIH/sida, de las adicciones en las mujeres o la invisibilización de la depresión en los hombres.

Han pasado cerca de 30 años desde que se publicaron los primeros análisis de la salud de los hombres desde una perspectiva de género en la literatura norteamericana e iberoamericana. En los sistemas de seguridad social, se ha visto a los hombres asalariados como fuerza laboral. Desde las conferencias de El Cairo y Beijing se apeló a que se convirtieran en actores y responsables de las estrategias de salud sexual y reproductiva, de prevención del VIH/sida y de eliminación de la violencia contra las mujeres.

Es hora de reconocer las distintas vulnerabilidades y a los hombres como sujetos de derecho de las políticas y los programas integrales (sin menoscabo de los dirigidos a las mujeres) en los ámbitos de la atención, la prevención y la promoción de la salud. Estas recomendaciones no deben verse como una amenaza o competencia con las acciones a favor de las mujeres, sino como una respuesta urgente a problemas que también las afectan de forma directa e indirecta.

En síntesis, a partir de la revisión bibliográfica, las aportaciones de personas expertas y las evidencias epidemiológicas se extraen las siguientes recomendaciones:

1. Mejorar, sistematizar y difundir el conocimiento cuantitativo y cualitativo en masculinidades

y salud, así como sus diversos costos. Realizar más estudios sobre la diversidad en los hombres, su articulación con los DSS y las barreras que impiden obtener mejores resultados en salud masculina.

2. Elaborar políticas públicas y programas de salud de prevención integral y atención de los principales problemas que afectan a los hombres en el curso de vida, teniendo en cuenta que los problemas de salud de los hombres están concatenados con los DSS, la interculturalidad y una visión de género relacional. Las respuestas nacionales deben definir estrategias integradas y coherentes que entrañen un diálogo continuo con el movimiento de mujeres y la participación de los hombres.
3. Eliminar las barreras que impiden el acceso a la salud de los niños, los jóvenes y los hombres e intensificar las medidas que garanticen el acceso a la salud de los hombres con masculinidades subordinadas por razones étnicas, raciales o sexuales.
4. Poner en marcha una iniciativa intersectorial nacional encaminada a mejorar las actividades de educación pública que aborden la igualdad de género y las masculinidades igualitarias, teniendo en cuenta los DSS, la estrategia de salud en todas las políticas y el enorme costo monetario y social de la masculinidad hegemónica.
5. Profundizar en el conocimiento de los recursos dedicados a la salud y las prácticas de salud positivas que se dirijan a los hombres y los impliquen, con el fin de reforzar el conocimiento y establecer mejores prácticas.
6. Asegurar que las actividades de promoción de la salud y participación comunitaria dispongan de métodos inclusivos claros que aborden la comunicación en salud y la educación sobre autocuidado

con grupos diversos, sobre la base de la igualdad de género, la interculturalidad y el empoderamiento.

7. Desarrollar las competencias de los profesionales del sector de la salud, el sector educativo, las universidades y los medios de comunicación en materia de género, masculinidades, interculturalidad y derechos humanos.
8. Implementar programas de promoción de la salud dirigidos a niños y jóvenes en temas de salud,

haciendo hincapié en la no violencia, la igualdad de género, la sexualidad integral, la paternidad y la corresponsabilidad en el cuidado.

9. Generar sinergias amplias con asociados internacionales, el sector de la salud, el ámbito académico y la sociedad civil que prevengan el impacto y el costo —para las mujeres y los hombres— de las masculinidades rígidas y hegemónicas en la salud y el bienestar, de modo que la igualdad de género no sea un mero discurso, sino que se convierta en una práctica cotidiana para hombres y mujeres.



# Referencias

- Aedo MT. Género e investigación en salud. *Cien. Enferm.* 2010; 16(3):7-8.
- Aguayo F, Kimelman E. Guía de paternidad activa para padres. Santiago de Chile: UNICEF, Fundación CulturaSalud, Hogar de Cristo; 2014.
- Aguayo F, Nascimento M. Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: Avances y Desafíos. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana.* 2016; (22):207-220.
- Aguayo F, Sadler M. El papel de los hombres en la equidad de género: ¿Que masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile? Chile: Universidad de Chile; 2011.
- Aldana PC, Navarrete MG, Iturra HN. Percepciones y significados de enfermeras/os en torno a su rol en el involucramiento de la figura parental masculina en las prestaciones de salud en primera infancia. Ponencia presentada en Políticas públicas, acción estatal y masculinidades del V Coloquio de Estudios de Varones y Masculinidades, Santiago de Chile; 2015.
- American Psychological Association. APA Working Group on Health Disparities in Boys and Men. Health disparities in racial/ethnic and sexual minority boys and men, 2018. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/health-disparities/resources/race-sexuality-men.aspxfme>.
- Amuchástegui A, Szasz I. Sucede que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México. Cuernavaca: El Colegio de México; 2007.
- Antonovsky A. The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promot Int.* 1996; 11(12):11-18.
- Araujo González, R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Revista Novedades en Población.* 2015; 11(21):89-96.
- Bachelet M. Hacia la cobertura universal de salud: aplicación de una perspectiva de género. *MEDICC Review.* 2015; 17(1):S19-S20.
- Banco Mundial. Latinoamérica Indígena en el siglo XXI. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015.
- Banco Mundial. Esperanza de vida al nacer (años). Data. Data Bank; 2017. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.MA.IN?locations=XU-XM>.
- Banco Mundial. Labor force participation rate, male (% of male population ages 15+) (national estimate). Data Bank. Banco Mundial; 2017. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.MA.NE.ZS?locations=XU-ZJ>.
- Baker P. Men's Health: the Case for Global Action. *The Lancet Global Health Blog*; 2018. Disponible en: [globalhealth.thelancet.com/2018/04/17/mens-health-case-global-action](http://globalhealth.thelancet.com/2018/04/17/mens-health-case-global-action).
- Barker G. *Dying to be Men: Youth, Masculinity and Social Exclusion.* Londres: Routledge; 2005.
- Barker G, Aguayo F, Kimelman E, Figueroa JA. Los hombres en las políticas de género. En: Barker G, Aguayo F. *Estudio Masculinidades y políticas de equidad de género: reflexiones a partir de la Encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil.* Río de Janeiro: Promundo; 2012: 58-85. Disponible en: <https://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/01/Masculinidades-y-politicas-de-equidad-de-genero-Reflexiones-a-partir-de-IMAGES-Brasil-Chile-Mexico.pdf>.

Benach J, Muntaner C. Empleo, trabajo y desigualdad en salud: una visión global. GREDS-EMCONET, Barcelona; 2010.

Bennett I. Fragile Masculinities: The Loss of Young Men and the Pervasive Models of Masculinity in the Bahamas that Encourage them to Fail. *Caribbean Review of Gender Studies*. 2014; (8):43-78.

Bernales M, Cabieses B, Macdonald J. The Urgency of a Sociocultural Approach to Adolescent Men's Health Risk Behaviors. *Lancet*. 2016; 387:10030:1815. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30318-X.

Blum R, Mmari K, Moreau C. It Begins at 10: How Gender Expectations Shape Early Adolescence Around the World, 2017. *Global Early Adolescent Study (GEAS) in the Special Issue of the Adolescent Health Journal* [internet]. Disponible en: [http://www.jahonline.org/issue/S1054-139X\(17\)X0014-1](http://www.jahonline.org/issue/S1054-139X(17)X0014-1).

Bonino L. Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos. Artículo presentado en las Terceras Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 1989, Buenos Aires.

Bonino L. Micromachismos: la violencia invisible en la pareja. En Corsi J, editor. *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires: Paidós; 1995.

Bonino L. Varones, género y salud mental: Deconstruyendo la "normalidad" masculina. En Segarra M y Carabí A, editores. *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria; 2000: 41-64.

Rita R, Salvia A. Representaciones, estratificación social y diferencias de género bajo condiciones de crisis y desempleo. En: Jiménez Guzmán ML y Tena Guerrero O, editores. *Cómo seguir siendo hombres en medio de la crisis económica. Reflexiones sobre mas-*

*culinidades y empleo*. 2.a ed. Cuernavaca: UNAM; 2015: 371-398.

Bourdieu P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Burin M, Meler I. *Varones, género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós; 2000.

Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Santiago de Chile: Ediciones Universidad del Desarrollo; 2016.

Carter M. *Husbands and Maternal Health Matters in Rural Guatemala: Wives' Reports on Their Spouses' Involvement in Pregnancy and Birth*. 2002; 55(3):437-450.

Castro R. *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. Cuernavaca: CRIM/UNAM; 2004.

Castro RP, Bronfman MP. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cadernos de Saúde Pública*. 1993; 9(3):375-394. doi: 10.1590/S0102-311X1993000300024

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. *Estimated HIV Incidence Among Adults and Adolescents in the United States, 2007-2010. HIV Surveillance Supplemental Report 2012*; 17(4). Subpopulations.

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas; 2016. HIV Surveillance Report 2017, 28.
- Chandra-Mouli V, Plesons M, Adebayo E, Amin A, Avni M, Kraft JM et al. Implications of the Global Early Adolescent Study's Formative Research Findings for Action and for Research. *Global Early Adolescent Study (GEAS) in the Special Issue of the Adolescent Health Journal*, 2017. Disponible en: [http://www.jahonline.org/issue/S1054-139X\(17\)X0014-1](http://www.jahonline.org/issue/S1054-139X(17)X0014-1).
- Cogolo JE, Flórez-Flórez J, Ñañez A. El patriarca imposible: una aproximación a la subjetividad masculina afrocaribeña. En: Restrepo E y Rojas A, editores. *Conflicto e (in)visibilidad. Retos en los estudios de la gente negra en Colombia*. Editorial Universidad del Cauca: Colombia; 2004: 195-208.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general*. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2011.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Los pueblos indígenas con América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Santiago de Chile: CEPAL; 2014.
- Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA). *Informe del Uso de drogas en las Américas 2015*. Washington, D.C.: OEA; 2015.
- Connell R. *Masculinities*. Londres: Polity Press; 1995.
- Connell R. El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En: Valdés T, editor. *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO/CEPAL; 2000: 76-89.
- Connell R, Messerschmidt J. Hegemonic Masculinity. *Rethinking the Concept*. *Gender & Society*. 2005; 19(6):829-859. doi: 10.1177/0891243205278639.
- Cook JL, Jones, RM, Dick AJ, Singh A. Revisiting Men's Role in Father Involvement: The Importance of Personal Expectations. *Fathering*. 2005; 3(2): 165-178.
- Courtenay W. College Men's Health: An Overview and a Call to Action. *Journal of American College Health*. 1998; 46(6):279-90.
- Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989; 1(8):139-167.
- Cruz Sierra S. Trabajo y subjetividad masculina. En: Jiménez Guzmán ML, Tena Guerrero O, editores. *Cómo seguir siendo hombres en medio de la crisis económica. Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. 2.a edición. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México; 1995: 477-492.
- De Jesús Mari J, García de Oliveira B, Silva de Lima M, Levav I. Breve historia de la epidemiología psiquiátrica en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, editores. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS; 2009: 3-18.
- De Keijzer B. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón E, coordinadora. *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa, México: ECOSUR y Universidad Autónoma de Tabasco; 1997: 197-219.



De Keijzer B. *Masculinities, Resistance and Change*. Oxford: OXFAM; 2004.

De Keijzer B. *Masculinidades, violencia, resistencia y cambio [tesis doctoral]*. Xalapa, México: Universidad Veracruzana; 2010. Disponible en: [www.amegh.com.mx/2017/02/05/masculinidades-violencia-resistencia-y-cambio](http://www.amegh.com.mx/2017/02/05/masculinidades-violencia-resistencia-y-cambio).

De Keijzer B. "Sé que debo parar, pero no sé cómo": Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Río de Janeiro)*. 2016; (22):278-300. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.22.12.a.

Del Rio-Zolezzi A, Rodríguez Y, Robledo C, Blas I. Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: El caso de prevención y control de la diabetes mellitus en México. México: Secretaría de Salud; 2008.

Deruyttere A. *Pueblos indígenas, globalización y desarrollo con identidad: algunas reflexiones de estrategia*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo-Unidad de Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario; 2017.

Duany Navarro A, Hernández Marín G. Alcohol, función sexual y masculinidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012; 28(4):611-619.

Eaton NR, Keyes KM, Krueger RF, Balsis S, Skodol AE, Markon KE et al. An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence From a National Sample. *J Abnorm Psychol*. 2012; 121(1):282-288. doi: 10.1037/a0024780.

Figuroa JG. La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones. En: Lerner S,

editor. *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México; 1998: 163-192.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*. Nueva York: UNFPA; 2016.

Fontes lunes R. *Seguridad y salud en el trabajo en América Latina y el Caribe: análisis, temas y recomendaciones de política*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.

Foucault M. *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones de la Piqueta; 1987.

Frasca T, Balan I, Ibitoye, M, Valladares J, Dolezal C, Carballo-Diéguez A. Attitude and behavior changes among gay and bisexual men after use of rapid home HIV tests to screen sexual partners. *AIDS Behav*. 2014; 18(5):950-957. doi: 10.1007/s10461-013-0630-x.

Fuller N. *Identidades masculinas*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 1997.

García JE. Intoxicaciones agudas con plaguicidas: costos humanos y económicos. *Rev Panam Salud Pública*. 1998; 4(6):383-387.

Garduño Andrade MA. *Confluencia de la salud en el trabajo y la perspectiva de género: una nueva mirada [tesis doctoral]*. México: UAM; 2011.

Gendes, *Cómplices por la Equidad*, CIPPEG. *Suma por la igualdad. Propuestas de agenda pública para implicar a los hombres en la igualdad de género*. Ciudad de México: Gendes; 2018.

Gimeno Ruiz de Porras D, Rojas Garbanzo M, Aragón A, Carmenate-Milián L, Benavides FG. Effect of informal employment on the relationship between

- psychosocial work risk factors and musculoskeletal pain in Central American workers. *Occupational and Environmental Medicine*. 2017; 74(9), 645-651. doi: 10.1136/oemed-2016-103881.
- Góngora Soberanes J, Leyva Piña M. El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El Cotidiano*. 2005; (132):84-91.
- Guerrero-López C, Muños-Hernández JA, Sáenz de Miera-Juárez B, Pérez-Núñez R, Reynales-Shigematsu LM. Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México. *Salud Públ. Méx.* 2013; 55(Supl. 2):S282-S288.
- Guzmán Mazuelo C. Apuntes para varones interesados en promover la igualdad de género. *Infofamilias: Masculinidades en América Latina*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Lima: Gobierno del Perú; 2014.
- Heilman B, Barker G, Harrison A. La caja de la masculinidad: un estudio sobre lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, Reino Unido y México. Washington, D.C.: Promundo-US y Unilever; 2017.
- Heise L, Pitangy J, Germain A. *Violence Against Women. The Hidden Health Burden*. Washington, D. C.: Banco Mundial; 1994.
- Hernán M, Morgan A, Mena AL. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
- Hernández IG. El ser del varón y el diseño de políticas públicas e intervención social con perspectiva de género. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 2014; 59(222):209-234.
- INMUJERES. *Glosario de Género*. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2007.
- International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region. *Why do Young People in Latin America and the Caribbean Need Comprehensive Sexuality Education?* IPPF/WHR; 2015.
- IPAS-Bolivia. *Nuevas masculinidades: Ejerciendo tus derechos sexuales y derechos reproductivos*, 2016. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/1008>.
- James C, Davis A. Jamaican Males Readings of Masculinities and the Relationship to Violence. *Caribbean Review of Gender Studies*. 2014; (8):79- 112.
- Jiménez Guzmán ML, Tena Guerrero O. *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. Cuernavaca, Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
- Jiménez Guzmán ML, Tena Guerrero O. *Cómo seguir siendo hombre en medio de la crisis económica. Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. 2.a edición. Cuernavaca: UNAM; 2015.
- 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: 63-81.
- Kaufman M. Las 7P'S de la violencia de los hombres [internet]. 1999. Disponible en: <http://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2009/01/kaufman-las-siete-ps-de-la-violencia-de-los-hombres-spanish.pdf>.
- Kimmel M. La masculinidad como homofobia: miedo, vergüenza y dolor. En: Valdés T y Olavarría J, editores. *Masculinidad/es*. Santiago de Chile: ISIS/FLACSO; 1997: 49-62.

- Kimmel MS. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. Santiago de Chile: Isis Internacional; 1992.
- Lamas M. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG/UNAM; 1996.
- López N. Informe sobre tendencias sociales y educativas en América Latina 2011: la educación de los pueblos indígenas y afrodescendientes. Buenos Aires: UNESCO; 2011.
- López-Ruiz M, Artazcoz L, Martínez JM, Rojas M, Benavides FG. Informal Employment and Health Status in Central America. *BMC Public Health*. 2015; 15(1), 698. doi: 10.1186/s12889-015-2030-9.
- Lundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina. Washington, D. C.: OPS; 2000.
- Lupica C. Licencias de paternidad y permisos parentales en América Latina y el Caribe. Herramientas indispensables para propiciar la mayor participación de los padres en el cuidado de los hijos e hijas. *MSC*. 2016; 5(3):295-320. doi: 10.17583/MCS.2016.2083.
- Medrado B, Lyra J. Por una matriz feminista de género para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas*. 2008; 1(16):809-840.
- Menéndez E. Morir de alcohol. México: CNCA y Grijalbo; 1990.
- Meneses Copete YA. Representaciones sociales sobre afrodescendientes: la aventura cultural, la violencia sexual-género y luchas multidimensionales. *Memo-ria y Sociedad*. 2014; 18(37):76-92. doi: 10.11144/Javeriana.mys18-37.rssa.
- Merino-Salazar P, Artazcoz L, Cornelio C, Iñiguez MJ, Rojas M, Martínez-Iñigo D et al. Work and Health in Latin America: Results from the Working Conditions Surveys of Colombia, Argentina, Chile, Central America and Uruguay. *Occup. Environ. Med*. 2017; 74(6):432-439. doi: 10.1136/oemed-2016-103899.
- Meyer I. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*. 2003; 5(129): 674-697.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [internet]. Disponible en <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>.
- Ministerio de Salud de Chile. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile [internet]; 2011. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b7e8f68be-82d7f2fe040010165013351.pdf>.
- Molina Gutiérrez R. El padre adolescente, su relación parental y de pareja. Última década. 2011; 19(35): 89-110. doi: 10.4067/S0718-22362011000200005.
- Möller-Leimkühler AM. The Gender Gap in Suicide and Premature Death or: Why Are Men so Vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003; 253(1):1-8. doi: 10.1007/s00406-003-0397-6.
- Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 2006; 367(9525):1859-69. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68808-9.
- Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1990.

- Muñoz Franco N. Varones y cuidado de sí. Los costos del privilegio para la salud masculina [tesis doctoral]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2013.
- Nazar-Beutelspacher A, Salvatierra-Izaba B. Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. Papeles de población. 2010; 16(64):67-92.
- Neil Adger W. Vulnerability. Global Environmental Change. 2006, 16 (3): 268-281. DOI 10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006.
- Núñez Noriega G. Vidas vulnerables: hombres indígenas, diversidad sexual y VIH/SIDA. México: CIAD/CEDEMEX; 2009.
- Núñez Noriega G. Abriendo brecha: 25 años de estudios de género de los hombres y las masculinidades en México (1990-2014). México: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A. C.; 2017.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Parental leave: where are the fathers. Washington. D.C.; 2016
- Olavarría Aranguren J. Obstáculos que enfrentan los hombres para asumir una concepción equitativa de género en países latinoamericanos. Trabajo presentando en VII Congreso Nacional de la Academia Mexicana de Estudios de Género de los Hombres A.C. Puerto Vallarta: México; 2013.
- Olavarría Aranguren J. Sobre hombres y masculinidades: ponerse los pantalones. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2017.
- Organización de las Naciones Unidas. El papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad entre los géneros. En: La mujer en el 2000 y después [internet]; 2008. Disponible en [http://www.un.org/womenwatch/daw/public/w2000/08-52641\\_Women2000\\_SP\\_FIN.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/public/w2000/08-52641_Women2000_SP_FIN.pdf).
- Organización de las Naciones Unidas. Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference of Population and Development Beyond 2014. Nueva York: UNFPA; 2014.
- Organización de las Naciones Unidas. Trends in Contraceptive Use Worldwide. Nueva York: Naciones Unidas; 2015.
- Organización Internacional del Trabajo. Lesiones profesionales fatales por 100'000 trabajadores según sexo y condición de migrante (ILOSTAT, Base de datos sobre estadísticas del trabajo). Ginebra: OIT; 2016a. Disponible en <http://www.ilo.org/ilostat>.
- Organización Internacional del Trabajo. Panorama laboral 2016. América Latina y el Caribe. Lima: OIT; 2016b.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. The health and wellbeing of men in the WHO European Region. OMS; 2018b. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1).
- Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OPS; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Subsanan la desigualdad en una generación. Buenos Aires: OMS/Ediciones Journal; 2009.

Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, UNICEF. Informe sobre la respuesta mundial al VIH/sida. Suiza: OMS; 2011.

Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates 2016a: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015 [internet]; 2016a. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).

Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates 2016: YLLs by Cause, Age and Sex, by WHO Region, 2000-2015. World Health Organization Global Health Estimates 2015: Burden of disease by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015 [internet]; 2016b. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).

Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates 2016: YLL's by Cause, Age and Sex, by Who Region, 2000-2015. Global Health Estimates 2015: Burden of disease by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015 [internet]; 2016c. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre ahogamientos por sumersión. Prevenir una importante causa de mortalidad. Ginebra, Suiza: OMS; 2016d.

Organización Panamericana de la Salud. Política de Igualdad de Género. Washington, D.C: OPS; 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Traumatismos causados por el tránsito y discapacidad. Washington, D. C.: OPS; 2011.

Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 [internet]; 2014. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc).

Organización Panamericana de la Salud. Factores de Riesgo. Data Tabaco; 2016. Disponible en <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/factores-de-riesgo/482-tobacco-es.html>.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas: 2017. Washington, D.C: OPS; 2017a.

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Washington, D. C.: OPS; 2007.

Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington, D. C.: OPS; 2014a.

Organización Panamericana de la Salud. *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud: 2014-2019*. Washington, D. C.: OPS; 2014b.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas: 2017a. Washington, D.C: OPS; 2017a.

Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas [internet]. Santiago de Chile: OPS; 2017b. Disponible en: [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=83:salud-pueblos-indigenas&Itemid=213](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=83:salud-pueblos-indigenas&Itemid=213).

ONUSIDA. Hacer frente a la discriminación. Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá. Ginebra, Suiza: OMS; 2017.

- Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Barriers Related to Screening Examinations for Prostate Cancer. *Rev. Latinoam. Enfermagem.*, 2011; 19:73-80.
- Pando J, Aranda C, Salazar J, Torres TM. Prevalencia de violencia psicológica y acoso laboral en trabajadores de Iberoamérica. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2016; 21(1):39-45.
- Parrini R. Apuntes de los estudios de masculinidad. De la hegemonía a la pluralidad. FLACSO Chile; 2000. Disponible en: <http://www.eurosur.org/FLACSO/apuntesmasc.htm>.
- Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(3):460-470.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Hacer frente a la discriminación. Ginebra: ONUSIDA; 2017.
- Promundo, International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region. Estado de la paternidad: América Latina y el Caribe 2017. Brasil: Promundo; 2017.
- Quiñones Giraldo A. Hacia una acción integral en materia de feminicidio/Feminicidio para América Latina y el Caribe. En: Guajardo Soto G, Cenitagoya Garín V, editores: *Feminicidio y suicidio de mujeres por razones de género. Desafíos y aprendizajes en la cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile: FLACSO Chile; 2017: 69-86.
- Ragonese C, Shand T, Barker G. *Masculine Norms and Men's Health: Making the Connections: Executive Summary.* Washington, D. C.: Promundo-US; 2018.
- Ramos Padilla MA. Masculinidad y reproducción en comunidades indígenas peruanas. Trabajo presentado en I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Brasil; 2004.
- Reddock R. *Interrogating Caribbean Masculinities: Theoretical and Empirical Analyses.* University of the West Indies Press: Jamaica; 2004.
- Rivas E. ¿La masculinidad como factor de riesgo? Crítica a los estereotipos académicos sobre el machismo desde el construccionismo social. *Disidencia sexual e identidades sexuales y genéricas.* México: CONAPRED; 2006.
- Rivero A, Berríos R. El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad.* 2016; 6:164-190.
- Rosas C. El desafío de ser hombres y no poder migrar: estudio de caso en una comunidad del centro de Veracruz. En: Amuchástegui A, Szasz I, coordinadores: *Sucede que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México.* Cuernavaca: El Colegio de México; 2007: 275-310.
- Rubin G. El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política del sexo". En Lamas M. (compilador). *La construcción cultural de la diferencia sexual.* Ciudad de México: UNAM; 1996.
- Roth AJ, Weinberger MI, Nelson CJ. Prostate Cancer: Quality of Life, Psychosocial Implications and Treatment Choices. *Future Oncol.* 2008; 4(4):561-568. doi: 10.2217/14796694.4.4.561.
- Sabo D. *Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género.* Publicación Ocasional n.o 4. Washington: OPS; 2000.



- Sáez BC. Violencia y proceso de socialización genérica; enajenación y transgresión, dos alternativas extremas para las mujeres Violencia y sociedad patriarcal. Madrid: Editorial Pablo Iglesias; 1990.
- Safa H. Igualdad en diferencia: Género y ciudadanía entre los indígenas y afrodescendientes. En: Suárez L, Martín E, coordinadores: Feminismos en la antropología: nuevas propuestas críticas. Serie, XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Donostia, Ankulegi Antropologia Elkarte; 2008.
- Salgado-de Snyder V, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Públ. Méx. 2007; 49(Su4):515-521.
- Salud y Género. Cuadernos H: Trabajando con Hombres jóvenes. 3.a edición. México: Instituto Promundo; 2010.
- Santos García CJ, Pinilla García FJ, González Malmierca E, Iglesias Baldomir R, Expósito i Mengual J. I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud. Organización Iberoamericana de Seguridad Social e Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2012.
- Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(1):7-17. doi: 10.1590/S1413-81232005000100002.
- Schuster I, Krahe B. (2017). Prevalence of Sexual Aggression Victimization and Perpetration in Chile: A Systematic Review. Trauma Violence Abuse [internet]. doi: 10.1177/1524838017697307.
- Seidler V. Young Men and Masculinities. Global Cultures and Intimate Lives. Nueva York: Zed Books; 2006.
- Sinay S. La masculinidad tóxica. Buenos Aires. Ediciones B; 2006.
- Spindler E. Beyond the prostate: Brazil's national health-care policy for men (PNAISH), EMERGE Case Study 1. Promundo-US, Sonke Gender Justice, Institute of Development Studies; 2015.
- The Lancet. Adolescent Health: Boys Matter Too. The Lancet. 2015; 386(10010):2227. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01160-5.
- Tovar-Hernández DM, Tena Guerrero O. Discusiones en torno al entronque patriarcal en la configuración de la masculinidad en el centro de México. Fronteras. 2015; 2(2):29-52.
- Trujillo Olivera L, Nazar Beutelspacher A. Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género. Estudios Demográficos y Urbanos. 2011; 26(3):639-669.
- Urbina Fuentes M. Marco Conceptual de las DSS para alcanzar el desarrollo. En: Urbina Fuentes, M., y González Block, M. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
- Valdés T, Olavarría J. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile: FLASCO; 1998.
- Valenzuela A. Percepción y conductas masculinas frente a la propia salud en usuarios de consultorio [tesis de máster]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2008.
- Valenzuela A, De Keijzer B. Hombres que estudian profesiones femeninas. Santiago de Chile: Editorial Universidad Central de Chile/Universidad Veracruzana; 2016.



Vicent Marqués J. Masculino, femenino, neutro. *El Viejo Topo Extra*. 2008; 10:7-15.

Viveros M. Dionisios negros. Estereotipos sexuales y orden racial en Colombia. *Latin American Research Review* [internet]; 1998. Disponible en: <http://lasa.international.pitt.edu/LASA98/ViverosVigola.pdf>.

Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Río de Janeiro: PAHO/OMS, ONU-Mujeres, SPM y FLACSO Brasil; 2015.

Walti C. Madres adolescentes y derechos sexuales [internet]; 2014. Disponible en: <http://mexicosocial.org/index.php/2017-05-22-14-12-20/item/524-madres-adolescentes-y-derechos-sexuales>.

Williams R. *Marxismo y literatura*. Barcelona: Ediciones Península; 1977.

Yucra S, Gasco M, Rubio J, Gonzales GF. Exposición ocupacional a plomo y pesticidas órganofosforados: efecto sobre la salud reproductiva masculina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2008; 25:394-402.

Todos los documentos se consultaron por última vez el 4 de abril de 2019.



**Binarismo:** tendencia de la mayoría de las sociedades a clasificar casi todos los elementos en dos grupos diferenciados y opuestos, como en el caso de lo “masculino” y lo “femenino”. A esos polos se les confieren características, atributos, funciones y valores que pueden verse de modos distintos en las diversas culturas y épocas.

**Cuidado de sí:** concepto propuesto por Foucault que permite analizar la relación que los hombres establecen con su cuerpo y su salud, y que cuestiona algunos de los mandatos de la masculinidad que llevan a los hombres a renunciar a su cuidado y su atención.

**Curso de vida:** desde el punto de vista epidemiológico, estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta.

**Estudios gais:** estudios en los que los hombres cuestionan por primera vez su identidad y rompen con la masculinidad hegemónica, en especial en el ámbito de la sexualidad.

**Feminización del envejecimiento:** fenómeno que consiste en que la mayoría de las personas mayores del mundo son mujeres (190 mujeres por cada 100 hombres), a pesar de que en el mundo nacen más niños que niñas (105 hombres por cada 100 mujeres).

**Género:** esquema de organización social que consiste en un conjunto de atributos y roles construidos histórica y culturalmente. Tiene como objetivo la diferenciación a partir de las divergencias biológicas humanas y la alineación con un sistema sexo-genérico que se interioriza a través de la socialización.

**Interseccionalidad:** concepto originado en la teoría sociológica feminista que analiza y discute de qué formas se entrecruza la opresión y crea experiencias de discriminación únicas y diversas.

**Masculinidad:** conjunto complejo de atributos, valores, funciones y conductas que se entienden esenciales al hombre en una cultura determinada.

**Masculinidad como factor de riesgo:** eje en el trabajo sobre las masculinidades que estudia su construcción social y la forma en que afecta a la vida de las mujeres desde la socialización en la masculinidad hegemónica, en la que el hombre conforma una tríada de riesgo hacia las mujeres, los niños y las niñas, hacia otros hombres y hacia sí mismo.

**Masculinidad hegemónica:** modelo culturalmente construido a partir de la división sexual del trabajo en el que el hombre es primordialmente dominante. Se discrimina y se subordina a las mujeres y los hombres que no se adaptan a dicho modelo o no lo pueden alcanzar.

**Masculinidades diversas:** masculinidades que comparten elementos con la masculinidad hegemónica, pero que además incorporan formas muy distintas de ser hombre que contribuyen a variantes en las trayectorias del proceso salud/enfermedad/atención.

**Masculinidades subordinadas:** hombres que sufren un mayor grado de estigmatización social y del sistema de salud en virtud de su pertenencia a determinados subgrupos de hombres diversos (por ejemplo, población indígena, afrodescendiente y comunidad LGBTTI).

**Micromachismos:** comportamientos no evidentes de violencia y dominación que el hombre ejerce de forma cotidiana en su relación con las mujeres, los cuales afectan a la autonomía y el psiquismo de ellas.

**Modelo ecológico:** perspectiva propuesta por Heise et al. de acuerdo con la cual se observa lo que ocurre en varios niveles sociales, incluido el personal, el de las relaciones interpersonales, el de las instituciones y el de las políticas públicas.

**Perspectiva de género:** perspectiva que trata de responder a la necesidad de entender y denunciar la condición subordinada de las mujeres y que a su vez abre las puertas a la posibilidad de entender la condición masculina.

**Perspectiva de género relacional:** perspectiva que considera necesario estudiar la interrelación entre lo que sucede con las mujeres y los hombres, en este caso, en el campo de la salud.

**Políticas saludables (salud en todas las políticas):** enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que considera sistemáticamente cuáles son las implicaciones para la salud de las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

**Proceso salud/enfermedad/atención:** un complejo proceso por el que se transita en tanto sujetos individuales y colectivos, en una sucesión entre el estar sanos, padecer alguna enfermedad y acudir a alguna estrategia de atención, enmarcado todo ello en condiciones históricas, culturales y sociales específicas.

**Salud masculina:** desde la perspectiva de género es el estudio de las trayectorias diferenciales en el proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres y los hombres, que incorpora una mirada social y cultural en la que están presentes las relaciones de poder.

**Salutogénesis:** en el contexto del estudio de la salud masculina se interesa por las formas de ser hombre en las que priman el autocuidado y el cuidado de los demás.

**Sistema sexo-género:** conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana.

**Socialización:** proceso cultural mediante el que se incorporan formas de representarse, valorarse y actuar en el mundo y que tiene lugar durante todo el curso de vida del individuo.

**Violencia:** uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que causa o tiene muchas probabilidades de causar lesiones, la muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La naturaleza de los actos de violencia puede ser física, sexual o psíquica, e incluye las privaciones o el descuido.

**Violencia autoinfligida:** violencia ejercida contra sí mismo que incluye los comportamientos suicidas y las autolesiones.

**Violencia colectiva:** actos de violencia social, política y económica.

**Violencia interpersonal:** violencia ejercida contra personas con quienes no se guarda parentesco o contra la propia familia.

**Vulnerabilidad en los hombres:** condición de algunos hombres con una presencia minoritaria o menor

poder que se origina en espacios y contextos precarios y que está vinculada a la etnia, la pobreza, la dispersión geográfica o la ruralidad, o a ser parte de una minoría sexual. Estos hombres también pueden ejercer los privilegios del modelo de la masculinidad hegemónica.





- A. **Metodología**
- B. **Desarrollo y diversificación del campo de las masculinidades**
- C. **Algunos avances nacionales en el trabajo con masculinidades y salud**

## **Anexo A. Metodología**

Para la revisión sistemática de los distintos temas incluidos en este documento se han consultado las siguientes fuentes: Google Académico; JAMA network; Latindex; ProQuest; Redalyc; SciELO; ScienceDirect; The Lancet; y las páginas del Banco Mundial; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; EME Masculinidades; el Fondo de Población de las Naciones Unidas; International Planned Parenthood Federation; los Institutos Nacionales de la Salud; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; la Organización de las Naciones Unidas; la Organización Mundial de la Salud; la Organización Panamericana de la Salud, y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

Se solicitó retroalimentación técnica de varias profesionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y se coordinó una discusión técnica con otro grupo de técnicos de la Región, entre ellos: Adria Natalia Armbrister, consultora de equidad de

la OPS; Anna Coates, Jefa de la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC); Carolina Hommes, consultora de curso de vida de la OPS; Claudina Cayetano, asesora de salud mental de la OPS; Denisse Wolfenzon, especialista en género y salud de la OPS; Luis Alfonzo, asesor de drogas de la OPS; María Victoria Bertolino, consultora de género de la OPS Argentina; Rubén Mayorga, coordinador del Programa Subregional para América del SUR de la OPS; Sonja Caffè, asesora de salud de adolescentes de la OPS; Amalia Ayala, asesora de salud de la familia y género de la OPS Guatemala; Pierre Pratley, asesor de servicios y género de la OPS en Guyana; Lorraine Thompson, asesora de la cooperación subregional de la OPS en el Caribe; Jonas Gonseth Garcia, asesor de servicios de salud de la OPS; Devora Kestel, Jefa de Salud Mental de la OPS; Lauren Vulcanovic, asesora de comunicación de la OPS; Ann Marie Williams, representante de los países del Caribe de habla inglesa en la CARICOM; Aurora del Río (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud de México); Eduardo Houellemont (Ministerio de Salud, República Dominicana); Jane Kato (PROMUNDO, Estados Unidos de América); Jerome Teelucksingh (Universidad de las Indias Occidentales, Trinidad y Tabago); José Olavarría Aranguren (Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile), y Juan Carlos Escobar (Programa de Salud para Adolescentes, Argentina).

## **Metodología de la encuesta masculinidades y salud (MyS)**

En el marco de la investigación sobre masculinidades y salud en la Región de las Américas se decidió diseñar una encuesta para recuperar los puntos de vista y aportaciones de profesionales informantes clave que ejercen su actividad en este campo en alguno de los países de la Región. Con esa finalidad, en colaboración

con la oficina EGC de la OPS se creó una guía de preguntas en forma de diálogo (véase más adelante). Las cinco preguntas seleccionadas tratan de comprender los principales problemas en el campo de las masculinidades y la salud de los hombres en los países del continente americano. Esta indagación apunta a visibilizar mejor los determinantes sociales de la salud de mayor peso y a conocer algunos aspectos de las políticas y los programas existentes o necesarios para abordar la problemática de la salud de los hombres. Las preguntas enviadas fueron:

1. ¿Qué relación existe, desde su visión, entre las masculinidades y la salud de los hombres?
2. ¿Cómo analiza la interacción de los determinantes sociales (etnia, orientación sexual, pobreza, curso de vida, clase, trabajo, educación, etc.) con las masculinidades y la salud de los hombres?
3. Desde su experiencia, ¿cuáles son las tres principales problemáticas (en orden de importancia) en el campo amplio de masculinidades y salud?
4. ¿Qué políticas y programas conoce (del Estado o de la sociedad civil) que abordan las masculinidades y la salud en su país y en las Américas?
5. Por favor, señale las tres principales iniciativas que tendrían que asumirse para atender los principales vacíos en el tema de masculinidades y salud de los hombres.

La identificación y la selección de los informantes clave se realizó mediante una metodología no probabilística, eligiendo a los sujetos por conveniencia, en función tanto de su experiencia académica como en la gestión de políticas públicas. Esta primera fase se siguió del método de bola de nieve, tomando en cuenta las sugerencias de los primeros informantes clave, las redes de masculinidades y el equipo asesor de la

OPS. La plataforma utilizada para enviar y recuperar las respuestas fue Survey Monkey, aunque se ofreció también la alternativa de una entrevista telefónica.

La encuesta se envió aproximadamente a 140 personas y respondieron 32 informantes (21 hombres y 11 mujeres). En cuanto a la región de trabajo, 4 encuestados provienen de América del Norte (Canadá y Estados Unidos de América); 22, de América Latina, y seis son informantes de la OPS —de los cuales 1 cubre Guatemala; 4, todo el continente desde Washington, D.C., y 1, el Caribe—.

Los 32 informantes clave que respondieron fueron, en América del Norte, Guitté Hartog (Universidad de Quebec, Canadá/México), Tim Shand (Promundo, Reino Unido/Estados Unidos de América), Gary Barker (Promundo, Estados Unidos/Brasil) e Ivy-Lim Carter (Movember, Estados Unidos de América). En México, Mauro Vargas e Ignacio Lozano (Gendes A.C.), Hugo Rocha Pérez (Padres Cariñosos A.C., Mohresvi A.C.), Aurora del Río (Secretaría de Salud), Gerardo Ayala (Salud y Género, A.C.), Yuridia Rodríguez (Consultora independiente en género), Francisco Cervantes (Corazonar A.C.), Nicholas T. Kaufmann (Universidad de San Luis Potosí), Isabella Esquivel Ventura (FLACSO/UNAM) y Rosaura de la Torre (Centros de Integración Juvenil, A.C.). En Centroamérica, Álvaro Campos Guadamuz (Instituto WEM, Costa Rica), José Roberto Luna (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Guatemala) y Duglas Mendoza (Fundación Puntos de Encuentro, Nicaragua). En América del Sur, Hugo Huberman (Argentina), Juan Carlos Escobar (Encargado del Programa de Adolescentes de Argentina, Argentina), Francisco Norberto Moreira da Silva (Coordinador de Salud de los Hombres/Ministerio de Salud de Brasil), Andrés Rivera Duarte (Observatorio de Salud de los Hombres y Diversidad-Universidad Cen-



tral, Chile), Marcos Nascimento (FioCruz, Brasil), Alexis Valenzuela (Universidad Central, Chile), Sara Yaneth Fernández Moreno (Universidad de Antioquia, Colombia), Miguel Ángel Ramos (Universidad Cayetano Heredia, Perú) y Darío Ibarra (Centro de Estudios sobre Masculinidades y Género, Uruguay). Para extraer y comparar la información pertinente se utilizó la metodología de análisis de contenido. Para las preguntas 3 y 5 (problemáticas e iniciativas, respectivamente) se pudo ponderar el número de respuestas semejantes para establecer un orden de importancia. Por razones de espacio se retomaron solo los elementos más relevantes para enriquecer el informe.

### Metodología de agrupación de datos epidemiológicos

Para la investigación de los datos epidemiológicos se consultaron las bases de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) disponibles en su página web ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en)) y se analizaron cuatro bases de datos específicas:

1. Disease burden by age, sex, 2000-2015:
  - DALY estimates, 2000-2015.
  - YLL estimates, 2000-2015.
  - YLD estimates, 2000-2015.
2. Causes of death by age, sex and region, 2000-2015.

Cada una de las bases de datos citadas cuenta con una agrupación por regiones mundiales previamente tabuladas y analizadas por la OMS. En el caso de la Región de las Américas los países integrados son:

- Antigua y Barbuda
- Argentina
- Bahamas
- Barbados
- Belice
- Bolivia (Estado Plurinacional de)
- Brasil
- Canadá
- Chile
- Colombia
- Costa Rica
- Cuba
- Ecuador
- El Salvador
- Estados Unidos de América
- Granada
- Guatemala
- Guyana
- Haití
- Honduras
- Jamaica
- México
- Nicaragua
- Panamá
- Paraguay
- Perú
- República Dominicana
- San Vicente y las Granadinas
- Santa Lucía
- Suriname
- Trinidad y Tabago
- Uruguay
- Venezuela (República Bolivariana de)

Se consultaron además bases de datos secundarias agrupadas por año de acuerdo con la distribución de los países miembros<sup>1</sup> de la OMS y del Banco Mundial. Entre los datos de cada país se hace un señalamiento acorde a su grado de confianza y fiabilidad conforme a parámetros de la OMS en una escala de color:

- **Verde** denota datos confiables.
- **Amarillo** claro denota problemas de calidad moderada.
- **Amarillo oscuro** denota graves problemas de calidad.

<sup>1</sup> Los Estados Miembros de la OMS con una población menor a 90.000 habitantes en 2015 no se han incluido en el análisis.

- **Rosa pálido** denota problemas de calidad altos.
- **Rosa oscuro** denota países con alta prevalencia de VIH.

Entre los países de la Región de las Américas que cuentan con datos poco fiables y utilizables se encuentran Bolivia (Estado Plurinacional de), Haití y Honduras; es decir, se trata de solo 3 de los 33 países con información disponible en la Región.

Para analizar las bases de datos citadas y determinar la carga global de la enfermedad en la Región y las brechas existentes se agruparon los datos quinquenalmente de acuerdo con la distinción por sexo. También se realizaron gráficas y tabulaciones de los principales problemas, su evolución y representación porcentual respecto de los montos totales de cada sexo, además de compararlos por sexo para determinar la brecha de género. En cada indicador se realizó una comparación que tomó como base las causas con mayor prevalencia en los hombres y las cotejó con las de las mujeres, lo que permitió identificar las causas de mayor prevalencia y tasa diferencial.

Para el análisis del curso de vida se recuperaron los datos de tres bases de datos correspondientes a la Región (Mortalidad, YLL y YLD) y se filtraron las causas con mayor prevalencia, tasa y representatividad porcentual. El análisis de estas causas se realizó de acuerdo con un marco global (principales causas) y con una causa específica para determinar la tendencia central entre los grupos etarios.

Se realizó una agrupación regional simple con la información de la base de datos por países y se dividió a la Región de las Américas en tres grandes regiones (América del Norte, América Latina y el Caribe) con los siguientes países por región:

---

#### América Latina:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| ■ Argentina                         | ■ Guyana                               |
| ■ Belice                            | ■ Honduras                             |
| ■ Bolivia (Estado Plurinacional de) | ■ México                               |
| ■ Brasil                            | ■ Nicaragua                            |
| ■ Chile                             | ■ Panamá                               |
| ■ Colombia                          | ■ Paraguay                             |
| ■ Costa Rica                        | ■ Perú                                 |
| ■ Ecuador                           | ■ Suriname                             |
| ■ El Salvador                       | ■ Uruguay                              |
| ■ Guatemala                         | ■ Venezuela (República Bolivariana de) |
- 

#### América del Norte:

- Canadá y Estados Unidos de América
- 

#### El Caribe:

- |                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| ■ Antigua y Barbuda | ■ Jamaica                      |
| ■ Bahamas           | ■ República Dominicana         |
| ■ Barbados          | ■ San Vicente y las Granadinas |
| ■ Cuba              | ■ Santa Lucía                  |
| ■ Granada           | ■ Trinidad y Tabago            |
| ■ Haití             |                                |
- 

Una vez agrupados los países se llevaron a cabo sumatorias por población general, por grupos etarios y por causa de mortalidad. Realizado este ejercicio se obtuvieron las siguientes estadísticas: tasa bruta, representatividad porcentual respecto del total de muertes por sexo y determinación de principales causas de muerte por prevalencia y tasa.

## Anexo B. Desarrollo y diversificación del campo de las masculinidades

Es importante explicar cómo ha crecido este campo de conocimiento, así como el desarrollo de los temas que se relacionan directa e indirectamente con la salud y sus determinantes sociales. Desde sus orígenes, la cuestión de las masculinidades se ha visto influida por varias autoras feministas clásicas de América Latina, Europa y Estados Unidos de América. Los precursores del análisis inicial de las masculinidades son Kaufman (1989), Seidler (1991), Kimmel (1992), Badinter (1993) y Connell (1995).

La publicación de investigaciones e iniciativas que analizan y cuestionan las masculinidades y a los hombres contribuye a completar la perspectiva de género para convertirla en una mirada verdaderamente relacional. En la bibliografía anglosajona, Kimmel (1992) hace referencia a los inicios del campo de estudio de las masculinidades. Más tarde, Brod y Kaufman (1994) abordan la necesidad de teorizar las masculinidades y Still (2003) edita un volumen sobre los cuerpos de los hombres. Kimmel y Messner dan cuenta de la diversidad de contextos y experiencias de los hombres de América del Norte en *Men's Lives* (2010). El mismo año, Deslauriers y otros autores de Quebec publican un volumen que observa a los hombres en un intento de “comprender e intervenir” desde la perspectiva del trabajo social. Importantes revistas van abriendo sus páginas a quienes abordan las masculinidades, como es el caso de *Reproductive Health Matters* (Londres), *Gender & Society* y *Voice Male*, y posteriormente aparece *The Journal of Men's Health and Gender*, una publicación en la que también se aborda el tema de las masculinidades y la salud.

Progresivamente aparecen volúmenes escritos en colaboración entre autores europeos, anglosajones y

latinoamericanos. Es el caso de Ruxton (1994), que articula planteamientos teóricos con experiencias de campo; de Breiner, Connell y Eide (2000), que tratan de llevar la discusión de la violencia de los hombres al campo de la cultura de la paz; de Pease y Prigle (2001), que publican un volumen que ubica a los varones en un mundo globalizado, y de Bannon y Correia (2006), que proponen considerar las masculinidades como “la otra mitad del género” en las discusiones sobre el desarrollo.

Desde Chile, Valdés y Olavarría (1997) compilan parte de esta producción inicial para publicarla en español, e incluyen textos latinoamericanos tempranos. Posteriormente, Olavarría coordinó un volumen dedicado a los hombres adolescentes en 2003 y sigue activo hasta el momento de redactarse estas líneas. En Perú, Fuller (1997), Cáceres et al. (2002) y Ramos (2006) tratan de dar una visión más amplia de los hombres de distintos sectores y etnias de la sociedad peruana. En Colombia destaca la producción de Viveros (1997), que incorpora la dimensión étnica afroestibizada. Nolasco (1993) inaugura lo que más tarde acabaría convirtiéndose en una gran producción brasileña liderada por Medrado, Lyra y Nascimento. En Centroamérica, Lancaster (1992) publica con anticipación un trabajo sobre el machismo en Nicaragua que continúa Montoya (1998), indagando acerca de los hombres que no ejercen violencia. Salas y Campos (2006), del Instituto Wem de Costa Rica, sientan un precedente al abordar la temática de los varones en el fenómeno del turismo sexual y de la trata, que después abordan Fernández y Vargas (2012) de Gendes en México.

De forma simultánea, en América Latina se desarrollan seminarios en varias instituciones académicas (Universidad Nacional Autónoma de México, Colegio de México, Universidad Pontificia de Perú, FLACSO



Chile) con el apoyo de las fundaciones Ford y MacArthur, que permiten los primeros intercambios que dan pie a la presencia del tema en congresos nacionales e internacionales. Esta situación evoluciona hacia la generación de congresos centrados en masculinidades (en Brasil, en Chile, en Colombia, en México y en otras naciones) y congresos regionales como los coloquios de masculinidades que se llevan a cabo cada dos años, siendo los más recientes los de Chile en 2015, Brasil en 2017 y Costa Rica en 2019.

Existe un interesante desarrollo de estudios sobre hombres desde una mirada antropológica que dan cuenta de los diversos procesos de socialización en contextos muy distintos y, por supuesto, los ritos de transición presentes en casi toda sociedad. Guttman (1998) aporta una excelente introducción a dicha perspectiva. Muchos de estos estudios analizan sociedades rurales e indígenas (Godelier, 1986; Mallart, 1993; Chirix, 1997; Rodríguez y De Keijzer, 2001, y De la Cruz, 2010), pero también hay trabajos sobre hombres en el medio urbano (Braná-Shute, 1979; Fuller, 1997 y Guttman, 2000). Uno de los trabajos más ambiciosos es el de Gilmore (1990), que cubre diferentes contextos culturales y que intenta identificar en ellos el significado del ser hombre. Se dice que en América Latina se ha pasado a una segunda etapa, correspondiente a una fase etnográfica que da cuenta de la diversidad en las masculinidades, junto con elementos comunes que atraviesan distintas culturas y contextos.

Hay que destacar que no solo los hombres han contribuido a esta producción teórica. Existen notables trabajos de feministas que inquieran en torno a la masculinidad, como los de Barbara Ehrenreich (Estados Unidos de América, 1983), Elizabeth Badinter (Francia, 1993), Norma Fuller (Perú, 1997, 2000), Mara Viveros (Colombia, 1997) y Mabel Burin (Argentina, 1997) y,

en México, Amuchástegui (2007), y Jiménez y Tena (2007). A los trabajos de estas autoras hay que sumar la notable cantidad de tesis de maestría y doctorado realizadas por mujeres, que abordan temas como la paternidad, la sexualidad y la violencia de los hombres (Figuroa, Jiménez y Tena, 2006).

Parte de la producción subsiguiente aparece en libros que compilan a autores de distintos países, como es el caso de Careaga y Cruz (2006), Amuchástegui y Szass (2007), Ramírez y Uribe (2008) y Rocha y Lozano (2014), así como en revistas del ámbito del género (*La ventana*, *GénEros*, *Debate feminista*, *La Manzana*).

El conocimiento de las masculinidades muestra un enorme crecimiento, sobre todo en los últimos 20 años, tanto en la Región de las Américas como en el resto del mundo. Este crecimiento se muestra en el ámbito de la investigación, de la acción civil y, en menor medida, de los programas y las políticas públicas. Muchos de los desarrollos temáticos en evolución tienen que ver directa o indirectamente con lo que ocurre en el campo de la salud. Algunos ejemplos relevantes son:

- La violencia hacia las mujeres y entre los hombres: Liendro (1991), Bonino (1995), Castro (2004), Ramírez (2008), Garda y Huerta (2009) y De Keijzer (2010).
- Las prácticas de riesgo: Bonino (1989), De Keijzer (1998) y Barker (2005).
- La sexualidad: Núñez (1994 y 2007), Viveros (2002), Cáceres (2004), Gallego (2009) y Nascimento (2014).
- La salud reproductiva: Leñero (1994), Castro (1998) y Figuroa (1998).
- Las paternidades: Fuller (2000), Olavarría (2001), Figuroa, Jiménez y Tena (2006).

- La salud mental: Herrera, De Keijzer y Reyes (1995) y Burin (2000).
- El trabajo: Garduño (2011), Olavarría (2015), y Jiménez y Tena (2015).
- Las políticas públicas: Aguayo y Sadler (2011), Ramírez (2017) y Gendes (2017).

Algunos de estos campos temáticos nacen o están muy vinculados a acciones, en especial, desde la sociedad civil. Organizaciones de México (CORIAC, Salud y Género A.C.), Brasil (Promundo, Nous, Papai y Ecos), Centroamérica (Puntos de Encuentro, Centro Bartolomé de las Casas y Wem) y Chile (CulturaSalud) han abierto importantes procesos de exploración, capacitación y difusión de la perspectiva de género con hombres (Núñez, 2017).

En un balance muy reciente, Núñez (2017) da cuenta de 25 años de la generación de conocimiento en el campo de los estudios de género de los hombres y las masculinidades, y ubica a los principales campos de producción. Aparecen, en orden de frecuencia, los temas de la sexualidad/diversidad/VIH/sida, la identidad/subjetividad/machismo, la teoría/metodología, la paternidad/pareja/familia, las violencias, la reproducción/salud/derechos sexuales y reproductivos, los estudios históricos/regionales, la cultura/costumbres y la salud emocional/riesgo/mortalidad y adicciones.

Aguayo y Nascimento (2016) han realizado un balance regional más amplio, además de identificar las temáticas que requieren mayor desarrollo. De forma similar, Viveros (2017) hace una revisión amplia de la producción latinoamericana durante 30 años y plantea siete ejes temáticos: 1) la cuestión de las identidades masculinas (30% de las investigaciones consultadas); 2) los trabajos sobre masculinidades y violencias (18%); 3) los problemas, dilemas y tensio-

nes en torno a la salud de los hombres (16%); 4) los afectos y las sexualidades (14%); 5) las reflexiones epistemológicas sobre los estudios de las masculinidades (14%); 6) las representaciones y producciones culturales de las masculinidades (6%) y 7) los espacios de homosociabilidad masculina (2%).

Para realizar este informe se ha procurado acercar la mirada a la región caribeña, pues son pocos los datos disponibles sobre esta materia en dicho territorio. El machismo en el Caribe tiene como premisa asegurar y reforzar la “reputación” masculina, por lo que se reproduce el patrón de un ideal masculino que enfatiza la dominación sobre las mujeres, la competencia entre hombres, la exhibición de agresividad y la sexualidad predatoria (Nurse, 2004). El mismo autor señala que los hombres raramente se ven a sí mismos como un género, dado que en la sociedad suelen difuminarse las características masculinas como el prototipo del comportamiento humano. También analiza las diferencias entre hombres en lo que denomina las masculinidades múltiples. Señala también la masculinidad hegemónica del hombre “blanco”, la interacción de “otredades” y de “diferencias”, reconociéndolas como un mecanismo importante de gobernabilidad, por ejemplo, en el discurso colonialista (Nurse, 2004, pág. 6).

De Moya (2004) analiza la masculinidad dominicana como parte de la “problemática de la legitimación” para los hombres y el consenso sobre tres temas generales: 1) los hombres como el “opuesto exacto” de las mujeres; 2) la procreación como condición necesaria, pero insuficiente, para legitimar la masculinidad y 3) las relaciones homosociales competitivas entre hombres. En la República Dominicana, la compañera ideal para la mayoría de los hombres parece ser, en sus palabras, una mercancía: “dama en la calle, cuero en la cama y chopa en la casa” (una

dama en la calle, una ninfa en la cama y una sirvienta en casa). Kenio (2015)<sup>1</sup> investiga a hombres jamaiicanos ante un aborto inducido analizando los roles, actitudes, reacciones, influencias y percepciones al respecto. Finalmente, Sukhu (2013)<sup>2</sup> explora la violencia masculina en la clase trabajadora en Trinidad y Tabago, donde el maltrato se asume como “congruente” con los esquemas de comportamiento y de pensamiento de los hombres del estudio.

Finalmente, a lo largo de este caminar por las Américas se han ido destacando también ciertos vacíos temáticos. Algunos de ellos son los hombres en relación con el aborto o el embarazo adolescente, la tercera edad, el estudio de las élites en los países del continente y temas como el narcotráfico y la militarización. También es destacable la escasez de estudios con una mirada salutogénica, es decir, que analicen a hombres que cuidan su salud o son igualitarios en sus relaciones de género (De Keijzer, 2016).

### **Anexo C. Algunos avances nacionales en el trabajo con masculinidades y salud**

A partir de la revisión bibliográfica y la Encuesta MyS realizada en 2017 se hace una presentación inicial y no exhaustiva que sirve de acercamiento para mostrar los avances actuales en masculinidades y salud en la Región. Salvo la política nacional e integral de salud de los hombres de Brasil, se registra un conjunto de iniciativas que atienden a manifestaciones específicas como la violencia, el VIH, la salud reproductiva, las paternidades y la adolescencia.

1 St. Patrick Senior KT. *Untold Stories of Abortion: Masculinities and Fatherhood*. Jamaica: University of the West Indies; 2015.


2 Sukhu RLM. *Masculinity and Men's Violence against Known Women in Trinidad—Whose Responsibility? Men and Masculinities*. 2013; 16(1):71-92. doi:10.1177/1097184x12468102.

**Argentina.** El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, del Ministerio de Salud de Argentina, trabaja desde el 2015 en un proceso de capacitación y sensibilización de los equipos de salud en género y masculinidades. El objetivo es analizar los problemas de salud de hombres y mujeres desde esta perspectiva. Desde la sociedad civil, la Red de Equipos de Trabajo y Estudios en Masculinidades (RETEM) trabaja con hombres que ejercen la violencia.

**Brasil.** Véase la página 51 de este documento.

**Canadá.** Es el país de origen de la Campaña del Lazo Blanco en contra de la violencia hacia las mujeres, que está presente en más de 50 naciones del mundo. Cuenta con un servicio único de salud con un grado apreciable de integralidad en su atención. Una campaña reciente con mirada de masculinidades es la denominada Don't Change Much, concebida como un movimiento para inspirar a los hombres y a sus familias a vivir vidas más sanas, con información fiable y recomendaciones sencillas, a través de cambios pequeños que tengan un gran impacto en su salud.

**Chile.** El programa Chile Crece Contigo se cita como modelo de participación de los hombres en los controles del embarazo y durante el parto como acompañantes, y en las visitas médicas de sus hijos en horario laboral. Este programa cuenta con una licencia de paternidad posnatal de 5 días y se ha extendido a 6 semanas, que puede tomar tanto el hombre como su pareja. Por otro lado, existe un proyecto piloto de Centros de Hombres por una Vida sin Violencia, del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, con una altísima demanda y pocas vacantes para personal especializado. Para la población LGBTTI, dos hospitales cuentan con un programa de atención a personas transexuales o transgénero que incluye los tratamientos de hormonas y las intervenciones de readecuación genital.



**Colombia.** Existen programas de trabajo con hombres agresores para la reducción de la violencia hacia las mujeres a partir de demandas e informes ante las comisarías de familia y organismos del Estado. Distintas actividades y programas públicos y de la sociedad civil se orientan a fomentar las actividades artísticas y culturales para evitar el reclutamiento forzado de los chicos, el consumo de sustancias psicoactivas y el riesgo de calle. También hay un importante desarrollo en investigación y comunicación en torno a la diversidad sexual.

**Costa Rica.** El país cuenta con la Ley de Salud Masculina de Costa Rica y la reciente Política Nacional de Masculinidades Positivas (formuladas por el instituto WEM y adoptadas por el Estado). El Instituto WEM también ha realizado un amplio trabajo de organización de grupos de crecimiento personal para hombres en los que desarrollan la conciencia de género y la disposición para el autocuidado.

**Estados Unidos de América.** La Health and Human Services Administration (servicio público) ha llevado a cabo campañas de atención para la salud de los hombres. Existen programas sobre algunos tipos de cáncer, como el de próstata y testículos, o la vasectomía sin bisturí. Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) han realizado algunas intervenciones de prevención en salud sexual. Asimismo, algunos centros universitarios siguen líneas de investigación en salud de los hombres y la violencia. En cuanto a la sociedad civil, se están llevando a cabo iniciativas en varias partes del país, por ejemplo, la organización Movember, el Prevention Institute de California o el caso modelo de la clínica especializada Young Men's Clinic en Harlem, de la Universidad de Columbia, con población latina y afrodescendiente. También es destacable la red NAMEN, que articula esfuerzos civiles de Canadá y Estados Unidos de América.

**México.** Los antecedentes de trabajo desde la sociedad civil en los últimos 30 años son CORIAC (en violencia) y Salud y Género A.C. (en salud integral), que han encontrado distintas vías de continuidad en otras asociaciones (Gendes, MHORESVI, Corazonar y Hombres por la Equidad, entre otras). Actualmente, tienden a articularse en la red Cómplices por la Igualdad, que se centra en el trabajo de paternidades, no violencia y prevención de la homofobia, temas presentes en la agenda *Suma por la Igualdad*. Desde el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la Secretaría de Salud impulsa programas de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género para la reeducación de agresores, así como una estrategia dirigida al tema de paternidad. El modelo civil de trabajo con agresores ha sido adoptado por instancias gubernamentales con una cobertura creciente, pero con numerosos retos, como la alta exigencia de resultados hacia facilitadores con pocos recursos disponibles. En febrero de cada año, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado invita a los hombres al autocuidado con el contradictorio lema de “Los Superhéroes También se Cuidan”. Finalmente, el Instituto Politécnico Nacional realiza un activo trabajo de prevención de la violencia, así como en las paternidades, además de promover el aumento del número de días en la licencia por paternidad.

**Nicaragua.** Organizaciones como Puntos de Encuentro o la Red de Masculinidades (RedMas) han sido pioneras en Centroamérica y han realizado un gran trabajo de sensibilización y comunicación con adultos y jóvenes varones en temas como la violencia y las paternidades. El Ministerio de Salud implementó un programa específico para el trabajo de la salud de los hombres vinculado a la salud de las mujeres, pero se canceló y actualmente solo quedan modelos de atención familiar.

**Perú.** Como parte de la sociedad civil, INPPARES implementó un programa pionero con su Clínica del Hombre y el Proyecto Macho para trabajar desde la educación y comunicación con una población más amplia la relación entre masculinidades y salud. Actualmente este proyecto está interrumpido y la Clínica del Hombre solo funciona como prestadora de servicios. En 1999 el Ministerio de Salud quiso poner en marcha, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, servicios de salud sexual y reproductiva especializados en hombres, pero esa iniciativa no prosperó en los años siguientes. Gran parte del trabajo actual relacionado con temas de violencia y paternidades se realiza desde la Red Peruana de Masculinidades.

**Caribe.** Cuenta con una larga trayectoria en salud reproductiva, de la que se desprenden iniciativas distintas dirigidas a hombres, entre ellas la dimensión de las paternidades. Inicialmente, son las organizaciones civiles las que ofrecen atención para la planificación familiar a pequeña escala, que incluye servicios para hombres. Estas iniciativas son retomadas después por los gobiernos. En especial, Barbados y Guyana están concentrando esfuerzos para establecer programas de salud para los hombres.

En muchos países de la Región de las Américas se empieza a legislar cada vez más a favor de las licencias de paternidad, aunque aún con un número muy limitado de días (cuadro C1). En Argentina su duración es de 2 días, aunque en algunas provincias es de 5 a 20 días. Brasil tiene de 5 a 20 días aplicables a padres que asisten a programas de orientación a la paternidad. La legislación chilena permite al padre tener por derecho irrenunciable 5 días hábiles para el cuidado de su hijo o hija. Cuba otorga hasta 3 meses; Venezuela (República Bolivariana de), 14 días; Ecuador, 10 días; Colombia, de 4 a 8 días; México y Nicara-

gua, 5 días; Panamá, 3 días; Perú, 4 días; Uruguay, de 3 a 10 días; Guatemala, Paraguay y República Dominicana, 2 días (Promundo, IPPF/ WHR, 2017); Canadá, 35 días (OCDE, 2016), y, Estados Unidos de América, 84 días no remunerados (Organización Internacional del Trabajo, 2017).

En los últimos decenios, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en la Región de las Américas. A la vez, existe un diferencial de 5,8 años más de vida para las mujeres; una sobremortalidad de los hombres que comienza a acentuarse durante la adolescencia y llega a triplicarse en la edad adulta temprana. ¿Cuál es el motivo de esta situación? Las causas principales de mortalidad en los hombres comprenden la violencia interpersonal, los traumatismos causados por el tránsito y la cirrosis hepática, todas ellas ligadas al ejercicio de la masculinidad hegemónica.

El informe *Masculinidades y salud en la Región de las Américas* describe cómo la salud y el bienestar de los hombres es producto de múltiples factores, entre los que destaca la construcción de la masculinidad. En él se documentan con detalle las implicaciones de las diversas masculinidades en la salud de los hombres —y en la de las mujeres, los adolescentes, los niños y las niñas— y también de qué manera determinantes sociales como el género, la etnia, la edad o la educación exacerban las inequidades y barreras en salud que experimentan determinados grupos. A partir de un análisis exhaustivo de la bibliografía disponible, encuestas y opiniones de expertos, el informe pone de manifiesto la complejidad del tema de las masculinidades y la salud y su falta de abordaje en las políticas y los programas de los países de la Región.

El análisis de la salud de los hombres desde la perspectiva de género sería impensable sin el antecedente del feminismo. Es momento de movilizar la volun-

tad política y los recursos necesarios para adoptar un planteamiento que abarque las necesidades de los hombres y las mujeres. Para alcanzar este objetivo, el informe concluye con nueve recomendaciones

novedosas dirigidas a favorecer la integración de la perspectiva de género relacional en una estrategia multisectorial de políticas coordinadas que redunde en la salud de los hombres y los niños.

**CUADRO C1. LICENCIAS DE MATERNIDAD Y DE PATERNIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

País	LICENCIA DE MATERNIDAD			LICENCIA DE PATERNIDAD		
	Duración (días)	Prestación (porcentaje)	Fuente de la prestación	Duración (días)	Prestación (porcentaje)	Fuente de la prestación
Antigua y Barbuda	91	100	Mixta	No existe		
Argentina	91	100	Seguridad social	15	100	Empresa
Bahamas	84	100	Mixta	49	Sin pago	
Barbados	84	100	Seguridad social	No existe		
Belice	98	100	Seguridad social			
Bolivia (Estado Plurinacional de Bolivia)	91	95	Seguridad social			
Brasil	119	100	Seguridad social	35	100	Empresa
Islas Vírgenes Británicas	91	66,7	Seguridad social		**	
Chile	126	100	Seguridad social	5	100	Seguridad social
Colombia	98	100	Seguridad social	4-8	100	Seguridad social
Costa Rica	119	100	Mixta	No existe		
Cuba	126	100	Seguridad social	90		
Dominica	84	60	Seguridad social	No existe		
Ecuador	84	100	Mixta	10	100	Empresa
El Salvador	84	75	Seguridad social	21	100	Empresa





País	LICENCIA DE MATERNIDAD			LICENCIA DE PATERNIDAD		
	Duración (días)	Prestación (porcentaje)	Fuente de la prestación	Duración (días)	Prestación (porcentaje)	Fuente de la prestación
Granada	91	100	Mixta			
Guatemala	84	100	Mixta	2	100	Empresa
Guyana	91	70	Seguridad social	No existe		
Haití	84	100	Empleador			
Honduras	84	100	Mixta			
Jamaica	84	100	Empleador			
México	84	100	Seguridad social	5	100	Empresa
Nicaragua	84	100	Mixta	5		
Panamá	98	100	Seguridad social	3		
Paraguay	84	50	Seguridad social		100	Empresa
Perú	91	100	Seguridad social	4		
Puerto Rico	56	100	Empleador	No existe		
República Dominicana	84	100	Mixta	15	100	Empresa
Saint Kitts y Nevis	91	65	Seguridad social	No existe		
Santa Lucía	91	65	Seguridad social			
San Vicente y Granadinas	91	65	Seguridad social		**	
Trinidad y Tabago	91	100	Mixta	No existe		
Uruguay	84	100	Seguridad social	3 a 10	100	Empresa
Venezuela (República Bolivariana de)	182	100	Seguridad social	14	100	Seguridad social

Fuente: Reproducido a partir de datos de Lupica C. Licencias de paternidad y permisos parentales en América Latina y el Caribe. Herramientas indispensables para propiciar la mayor participación de los padres en el cuidado de los hijos e hijas. *Masculinities and Social Change*. 2016; 5(3):295-320. doi:10.17583/MCS.2016.2083.

\*\* Sin datos.

En los últimos decenios, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en la Región de las Américas. A la vez, existe un diferencial de 5,8 años más de vida para las mujeres; una sobremortalidad de los hombres que comienza a acentuarse durante la adolescencia y llega a triplicarse en la edad adulta temprana. ¿Cuál es el motivo de esta situación? Las causas principales de mortalidad en los hombres comprenden la violencia interpersonal, los traumatismos causados por el tránsito y la cirrosis hepática, todas ellas ligadas al ejercicio de la masculinidad hegemónica.

El informe *Masculinidades y salud en la Región de las Américas* describe cómo la salud y el bienestar de los hombres es producto de múltiples factores, entre los que destaca la construcción de la masculinidad. En él se documentan con detalle las implicaciones de las diversas masculinidades en la salud de los hombres —y en la de las mujeres, los adolescentes, los niños y las niñas— y también de qué manera determinantes sociales como el género, la etnia, la edad o la educación exacerbaban las inequidades y barreras en salud que experimentan determinados grupos. A partir de un análisis exhaustivo de la bibliografía disponible, encuestas y opiniones de expertos, el informe pone de manifiesto la complejidad del tema de las masculinidades y la salud y su falta de abordaje en las políticas y los programas de los países de la Región.

El análisis de la salud de los hombres desde la perspectiva de género sería impensable sin el antecedente del feminismo. Es momento de movilizar la voluntad política y los recursos necesarios para adoptar un planteamiento que abarque las necesidades de los hombres y las mujeres. Para alcanzar este objetivo, el informe concluye con nueve recomendaciones novedosas dirigidas a favorecer la integración de la perspectiva de género relacional en una estrategia multisectorial de políticas coordinadas que redunde en la salud de los hombres y los niños.

**OPS**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

525 Twenty-third Street, NW  
Washington, D.C., 20037  
Estados Unidos de América  
Tel.: +1 (202) 974-3000  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

