

MASCULINIDADES Y SALUD en la Región de las Américas

Resumen



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

Resumen



Washington, D.C.
2019

Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen
OPS/ECG/19-01

© 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). 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).

Forma de cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. *Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen*. 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.

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

Introducción.....	1
1. Género y masculinidades	2
1.1 Masculinidades desde la perspectiva de género	3
1.2 Masculinidades, socialización y salud.....	4
2. Masculinidades, riesgos y evidencias en salud	6
3. Determinantes sociales y salud de los hombres	10
4. Los hombres en las políticas.....	16
5. Conclusiones y recomendaciones.....	18
5.1 Conclusiones	19
5.2 Recomendaciones	20

Agradecimientos

El informe *Masculinidades y salud en la Región de las Américas* fue elaborado 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 del documento principal: *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*).

Introducción

Este documento es una síntesis del trabajo *Masculinidades y salud en las Américas*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) observó que era necesario elaborar este trabajo para dar cuenta de las implicaciones que tienen las masculinidades para la salud de los hombres, de cuáles son los principales conceptos y evidencias epidemiológicas, y de qué acciones actuales y futuras son necesarias para fomentar la salud de los hombres y limitar las consecuencias de las masculinidades sobre la salud de las mujeres, los adolescentes y los niños y niñas en las Américas.

Para elaborar este trabajo se constituyó un equipo multidisciplinario que, junto con un consultor principal, diseñó su lógica, su estructura y su metodología. A continuación, se revisó la bibliografía disponible sobre el tema y se analizaron las bases de datos de salud de la OPS. También se realizó una consulta a 32 personas expertas en el tema de masculinidades y salud del hombre 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 presente resumen aborda la complejidad de las masculinidades y la salud de una forma accesible para los tomadores de decisiones y el personal de salud y campos afines en el continente. Analizar a los hombres y su salud desde una perspectiva de género es relativamente novedoso, aunque el género sea uno de los principales determinantes sociales de la salud.

El presente documento consta de seis apartados:

1. un marco conceptual acerca de las masculinidades, la socialización masculina y su relación con la salud;
2. las evidencias epidemiológicas acerca de la salud de los hombres;
3. los determinantes sociales de la salud presentes en el tema;
4. un apartado sobre las políticas y los programas;
5. unas conclusiones, y
6. unas recomendaciones.

En el anexo A del documento principal se explica con más detalle qué metodología se ha empleado. Para profundizar en algún aspecto o consultar las fuentes, véanse las referencias bibliográficas en el documento extendido.

Este informe abre nuevas posibilidades en las Américas para hacer diversas recomendaciones que permitan poner en marcha una respuesta social integral al tema de las masculinidades y la salud de los hombres.

Género y masculinidades

1

1.1 Masculinidades desde la perspectiva de género

El análisis de la salud masculina desde la perspectiva de género sería impensable sin el antecedente del feminismo en general y de cómo se ha aplicado para comprender los problemas de las mujeres en campos como la salud, la sexualidad, la reproducción y la violencia. Ese antecedente abre ahora la posibilidad de entender a los hombres desde la perspectiva del género en esos mismos campos.

Se entiende por género 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 alineación a un sistema sexo-genérico. Dicho concepto permite entender cómo se convierten en desigualdad las diferencias entre hombres y mujeres. Estas diferencias sexo-genéricas tienen como sustrato la división sexual del trabajo.

El género se interioriza a través la socialización, entendida esta 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.

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 un continuo que tiene en sus extremos lo que podríamos definir como lo hipermasculino y lo hiperfemenino. Esto permite hablar de masculinidades diversas, en las que pueden existir elementos comunes asociados a la masculinidad hegemónica, pero donde también están presentes formas muy diversas de ser hombres que contribuyen a trayectorias distintas del proceso salud/enfermedad/atención.

El logro de la igualdad de género en la salud implica 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.

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.

1.2 Masculinidades, socialización y salud

El género aparece antes de que las niñas y los niños descubran sus diferencias sexuales biológicas o de raza o etnia. El orden de diferenciación y desigualdad con las mujeres se construye mediante procesos de socialización donde existen claras ventajas para los hombres. Con el tiempo algunas de ellas se vuelven rígidas y pueden ir transformándose en un costo para la salud de los hombres y la de las mujeres.

Las mujeres y los hombres son socializados de forma diferencial, con acceso a recursos en proporciones desiguales y con riesgos diferentes. Esto conlleva trayectorias distintas en una amplia gama de problemas de salud a formas de autocuidado y patrones diferenciados en la búsqueda de ayuda. 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.

En el campo de la salud, es esencial contar con una perspectiva de género relacional que compare la situación de hombres y mujeres, y que dé cuenta de cómo dichas situaciones se influyen mutuamente. Hay que recordar que las mujeres cargan con el diferencial de riesgo que suponen los diversos problemas asociados a la reproducción (el embarazo, el parto y el puerperio) y a su condición femenina.

Para entender y sintetizar las consecuencias de la socialización masculina resulta útil el concepto de la masculinidad como factor de riesgo, como una síntesis que articula las masculinidades, su construcción social y la forma en que afecta a la salud. Desde una socialización en la masculinidad hegemónica, el hombre conformaría una tríada de riesgo:

1) Hacia las mujeres y los niños

(violencia, abuso de sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual, embarazos forzados, paternidad ausente y falta de corresponsabilidad en el hogar).

2) Hacia otros hombres

(accidentes, homicidios y otros, transmisión del VIH/sida).

3) Hacia sí mismo

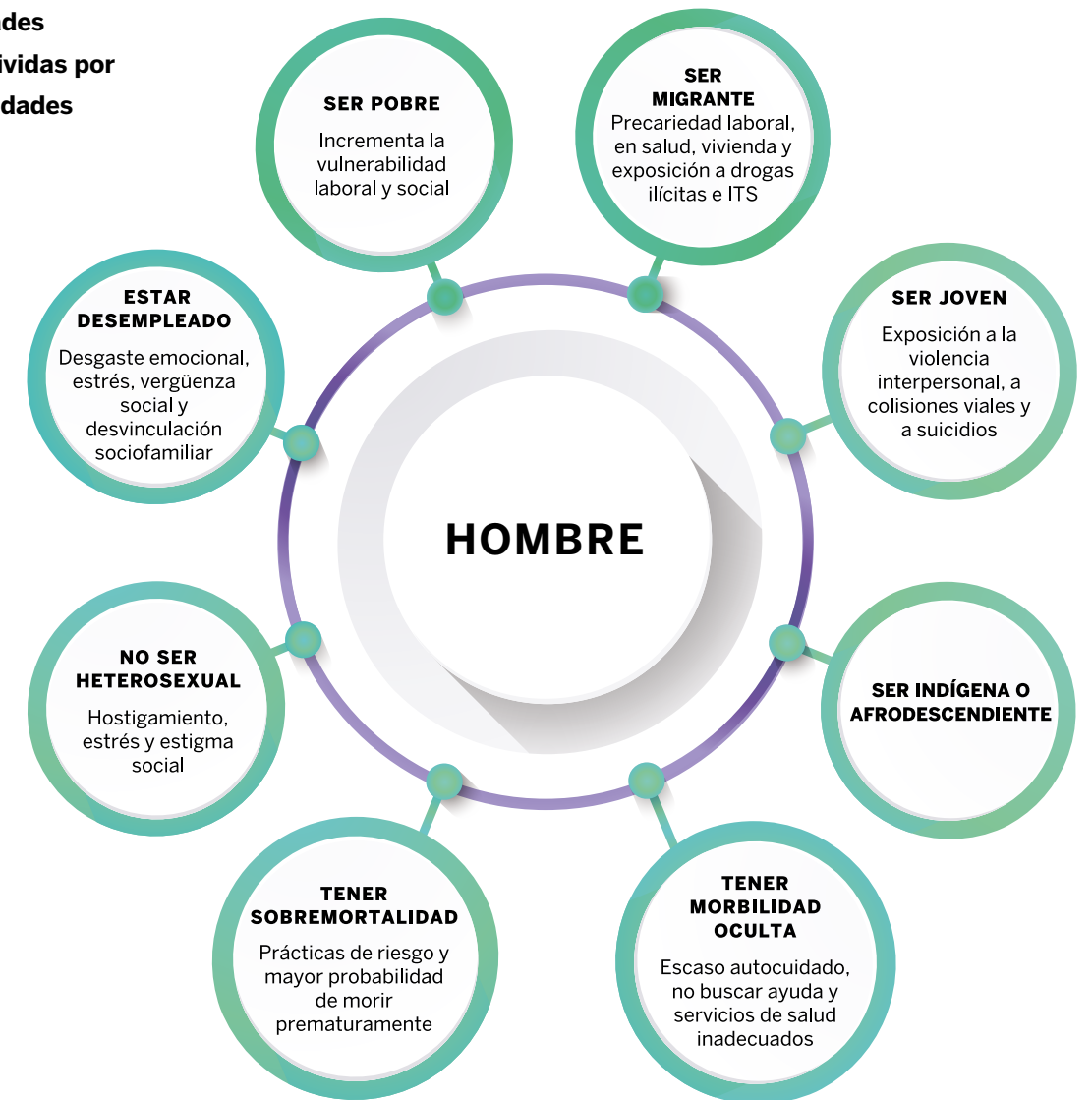
(suicidio, accidentes, alcoholismo y adicciones, y enfermedades psicosomáticas).

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 ligada a la etnia, la pobreza, la dispersión geográfica o la ruralidad o a formar parte de una minoría sexual. En la figura 1 puede apreciarse cómo interactúan estas vulnerabilidades.

No obstante, los hombres que viven en estas condiciones no están exentos de ejercer los privilegios del modelo cultural de la masculinidad hegemónica. Por tanto, a la vez que resultan vulnerados por la discriminación o la violencia, también pueden asumir prácticas de riesgo para sí mismos o para otras personas.

El concepto del cuidado de sí analiza la relación que los hombres establecen con su cuerpo y su salud. Esta perspectiva cuestiona varios de los mandatos de la masculinidad, exige el conocimiento de sí mismo como elemento fundamental y el cuidado de los demás. Es una concepción que involucra formas de interacción con el cuerpo propio y con el entorno sionatural encaminadas o vinculadas con

Figura 1.
Vulnerabilidades
causadas y vividas por
las masculinidades



la salud. 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. 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, lo cual nos conduce al apartado siguiente.

Masculinidades, riesgos y evidencias en salud

2



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 se incrementa a partir de los 80 años (190 mujeres por cada 100 hombres). Las mujeres conforman la mayoría de los adultos mayores en todos los países del mundo.

Una constante de la Región de las Américas es que existe un diferencial en la esperanza de vida al nacer (EVN), con un promedio de 5,8 años más para las mujeres y una varianza de 4 a 7 años. Esto concuerda con la esperanza de años de vida saludable (EVISA), que muestra un diferencial de 4 años a favor de las mujeres.

A partir de los indicadores de mortalidad se constata que los hombres tienden a morir en mayor proporción (718,8/100 000 hombres frente a 615,1/100 000 mujeres) y presentan 18% más de años de vida perdidos (AVP) por muertes prematuras en comparación con ellas. Al morir a edades tempranas, los hombres tienen 8% menos de años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) que las mujeres.

Algunas causas de muerte muestran cifras semejantes entre hombres y mujeres, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las infecciones respiratorias de las vías inferiores y la diabetes mellitus. Sin embargo, tres de las causas principales de muerte están vinculadas al ejercicio de la masculinidad, y sus consecuencias muestran una enorme diferencia: la violencia interpersonal (en la que destacan los homicidios, con una razón de 7 hombres por mujer), los traumatismos debidos al tránsito (3 por 1) y la cirrosis hepática (más del doble), cuya primera causa directa es el consumo de alcohol. La causa más común de la mortalidad masculina en la Región son las enfermedades isquémicas del corazón, la violencia interpersonal y los traumatismos debidos al tránsito.

Estas causas se asocian a las conductas esperadas en los hombres en virtud de una masculinidad hegemónica con expresiones tóxicas. Mientras que en el Caribe el problema del VIH/sida aparece entre las diez principales causas de muerte masculinas, en América Latina dos de las principales causas son la cirrosis hepática y la violencia interpersonal. En el caso norteamericano (Canadá, Estados Unidos de América y México) aparecen la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, el suicidio y los cánceres de próstata, colon y recto como principales causas de muerte masculina.

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 alcohol y drogas, las prácticas sexuales sin protección, las relaciones interpersonales

violentas que resultan en homicidios y una gestión inadecuada de las emociones.

Las enfermedades mentales generan cinco de las principales causas de AVPD: la depresión (primera), la ansiedad (quinta), el consumo de drogas (séptima), la esquizofrenia (novena) y el autismo/Asperger (décima). Se han identificado diferencias sistemáticas en la salud mental entre hombres y mujeres. Ellas muestran mayores tasas de trastornos del estado de ánimo y ansiedad, mientras que en ellos estas corresponden al trastorno antisocial de la personalidad y al consumo de alcohol y drogas.

Puede analizarse cómo progresan estos datos durante el curso de vida. Las diferencias entre mujeres y hombres suelen aparecer a edades tempranas, y por lo general se vuelven más evidentes en etapas posteriores. Dichas diferencias tienen detrás factores de riesgo (que tienden a estar más presentes en los hombres) o de protección (más presentes en las mujeres). En la figura 2 se muestran las causas de muerte en los hombres a lo largo de la vida.

Si bien nacen más hombres, en el primer año de vida existe una mayor mortalidad masculina, sobre todo por enfermedades respiratorias y diarreicas de origen infeccioso. Hacia los 10 años de edad la diferencia entre niños y niñas empieza a revelarse con un rápido incremento de las muertes masculinas debidas al tránsito, los homicidios y los ahogamientos. Esto culmina en la adolescencia y la edad adulta temprana, cuando la mortalidad masculina llega a duplicarse e incluso a triplicarse.

Lo que más llama la atención es el salto en la mortalidad en la población masculina joven a partir de los 15 años. Predominan claramente las causas violentas de muerte (homicidios, accidentes y suicidios) y una

mortalidad de cuatro a siete veces mayor que la de las mujeres jóvenes. Además, en este grupo de edad es evidente el componente masculino en las principales causas de muerte de las mujeres (feminicidio).

A partir de los 50 años tienen una presencia destacada las enfermedades crónicas no transmisibles, en una articulación acumulada de los determinantes sociales de la salud (DSS) y los estilos de vida. A la hipertensión y los problemas cardíacos, la obesidad, la diabetes y la EPOC siguen los cánceres respiratorios y de próstata. Algo más del 20% de los hombres mueren antes de cumplir 50 años, lo que equivale a la alarmante cifra de uno de cada cinco, mucho antes de que se cumpla su EVN.

Estas cifras contrastan con las de las mujeres, que no alcanzan dicho porcentaje hasta los 60 años. Se sabe que existen algunos 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 se evidencia en el tema de los AVPD. Las mujeres tienen una mayor carga en este rubro, explicable en parte por su mayor supervivencia. Viven más años, lo que no significa más años de vida saludable.

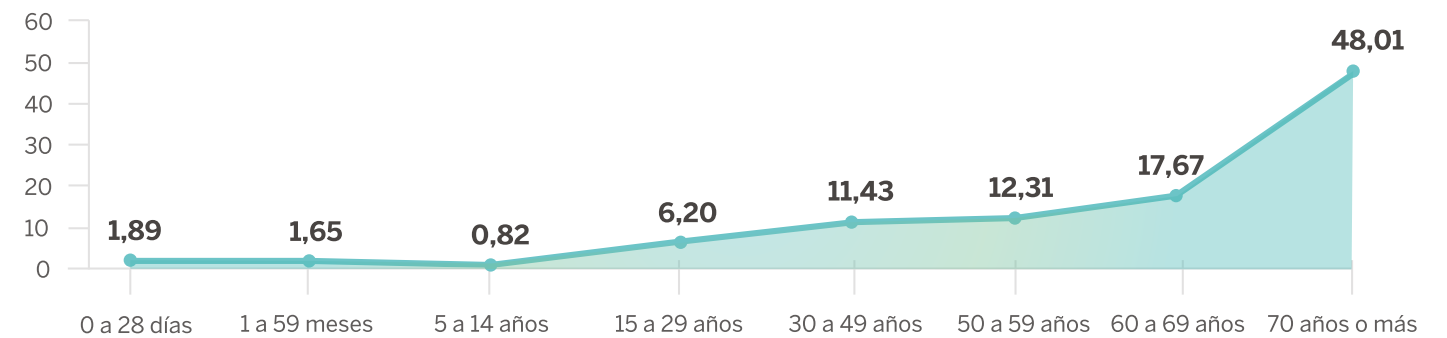
Cuando se analiza el potencial de años perdidos en el curso de vida se reproduce un esquema semejante. De las enfermedades y otros problemas congénitos antes de los 5 años se evoluciona rápidamente a los AVP por causas violentas que se mantienen con fuerza hasta los 50 años, una etapa en la que se muestran las consecuencias de los modos y estilos de vida de las décadas anteriores. Finalmente, la carga de la enfermedad en la vejez refleja grandes divergencias de género, de acuerdo con la acumulación de riesgos asociados a los papeles sociales desempeñados a lo largo de la vida.

Figura 2.

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: Elaborado 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/.

Determinantes sociales y salud de los hombres

3

El género permite analizar las diferencias en la salud de hombres y mujeres. Pero además la perspectiva de los DSS nos permite analizar desigualdades importantes internas a cada grupo y explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias. Estos determinantes se articulan y se descomponen en varios elementos, en los que destaca el peso diferencial de la posición social (o los determinantes estructurales: el género, el ingreso/trabajo, la etnia y la sexualidad) y la exposición a determinantes intermedios.

Esta perspectiva permite reconocer la interacción de los DSS con las masculinidades y la salud de los hombres, y ayuda a entender cómo perciben los problemas de salud y, de ahí, su búsqueda, su acceso y su atención en los servicios de salud.

ETNIA Y RAZA. En la construcción de la *identidad masculina indígena* prevalece el mandato de ser el proveedor. En un contexto de precariedad y ante la falta de empleo, esto genera múltiples malestares y necesidades migratorias. La migración indígena hacia las ciudades da lugar a una importante desigualdad en las condiciones económicas y sociales, y conlleva un menor acceso a los servicios básicos de calidad.

Además, los hombres indígenas presentan una mayor prevalencia de tuberculosis y un incremento en los casos de VIH/sida. También destaca la presencia de problemas de salud mental asociados al consumo de alcohol y a distintas formas de violencia. El suicidio entre los jóvenes es un fenómeno significativo en Canadá y Estados Unidos de América. Las tasas de suicidio pueden ser hasta cinco veces mayores que en los jóvenes no indígenas. Estas se asocian al intenso estrés social, a traumas históricos transmitidos entre generaciones, a historias de abuso sexual y a duelos no resueltos.

La población afrodescendiente fue llevada a América por la fuerza, donde sus idiomas e identidades se subordinaron por completo a las normas europeas. En consecuencia, la *identidad masculina afrodescendiente* se percibe como una identidad que tiende a estar en permanente demostración y revalidación de una masculinidad que compite con sus congéneres. La identidad masculina que se construyó en el imaginario social asocia a los hombres afrodescendientes con seres hipersexuales cuyo centro de referencia es el cuerpo. A partir de ahí, el erotismo se convierte en un pilar fundamental que, a su vez, implica el dominio y la cosificación de la mujer.

Existe evidencia sólida de que los hombres afrodescendientes tienen 7 años menos de EVN que la población blanca, menos años de educación formal y altas tasas de encarcelamiento. Todo ello se suma a una constante angustia

por satisfacer las necesidades básicas de vida. La atención de las políticas de salud es insuficiente, y el color de piel o la clase social son un factor de estigmatización y de exclusión social en el sistema de salud. Los niveles de violencia (social, simbólica, económica e incluso física) contra estas poblaciones son mayores, sea por el sistema de salud los grupos armados o la misma policía.

Una cuarta parte de la diferencia en los niveles de ingresos se atribuye al hecho de pertenecer a un grupo étnico indígena o afrodescendiente y nacer de padres indígenas aumenta la probabilidad de crecer en un hogar pobre. Esto conlleva un marcado estrés social en el que existen cuatro variables resultantes derivadas de las disparidades en la salud hacia estas comunidades:

- el trauma (sexual, físico, histórico, racismo, estrés postraumático);
- el abuso de sustancias psicoactivas;
- la depresión, y
- la violencia.

Todo ello crea un círculo vicioso que impide el pleno desarrollo del potencial de los niños y niñas de estas comunidades.

TRABAJO. El trabajo es un eje central en la vida y la identidad de los hombres, además de determinar su nivel de ingreso.

La división sexual del trabajo aún permea muchos sectores laborales en la Región e influye en los patrones diferenciales de enfermedad y de muerte. Las mujeres suelen llevar la doble carga de trabajo, remunerado y doméstico. Este último no se paga, es invisible, polivalente, repetitivo y subvalorado. Mientras, los hombres suelen desarrollar trabajos físicos más pesados y, sobre todo, con mayor riesgo para la salud y para la vida.

La centralidad del papel de proveedor para la identidad masculina choca con la creciente inestabilidad laboral, lo que hace que los hombres pongan en riesgo su salud con tal de mantener su rol de proveedores y la autoridad en la familia.

Cuando las condiciones sociomateriales no permiten acatar el mandato de ser proveedor, los hombres (en especial los proveedores primarios) entran en una crisis que condiciona y provoca un desgaste emocional que afecta a todas las personas que los rodean, sobre todo a su familia. Esto afecta en especial a 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.

Esta realidad tiene diversas consecuencias en el ámbito de la salud ocupacional, a saber:

- Las tasas de accidentes laborales mortales son ocho veces mayores en los hombres.
- La exposición a químicos ocasiona lesiones ocupacionales, muertes, infertilidad y cáncer.
- El trabajo informal aumenta problemas como el dolor musculoesquelético y la exposición a factores de riesgo psicosociales.

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 proveedor.

Al analizar la escasa cobertura en salud y seguridad social se observa que el grueso de la población carece de seguridad social integral que la ayude a afrontar los gastos en salud. Esto facilita la perpetuación de la precariedad y de la inequidad en la distribución de los ingresos y la riqueza. La dimensión del trabajo contribuye a una situación de clase vulnerable.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. La sexualidad refleja las inequidades de la representación binaria de los mandatos masculinos (ser conquistadores, activos y trasgresores) en contraste con los mandatos femeninos (ser recatadas, sumisas y vírgenes).

Las inequidades de género siguen constatándose en problemáticas persistentes como los embarazos no planificados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como en una planificación familiar que centra sus estrategias en las mujeres.

Los hombres jóvenes hablan poco de su sexualidad, les resulta incómodo, están menos motivados para cuestionar las normas desiguales que los privilegian y tratan de no contradecir los estereotipos y las conductas hegemónicas.

El tema de la anticoncepción aún evidencia la falta de políticas públicas sensibles y con corresponsabilidad de género. El foco de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos se centraliza y se mide en las mujeres. El reto radica en que los hombres sean copartícipes en la toma de decisiones equitativas en la sexualidad.

Esta situación lleva a preguntarse por la participación de los hombres. Sin embargo, tanto en los informes internacionales como en los nacionales no se aborda ni su relación con dichos embarazos ni su participación en las estrategias anticonceptivas. Los niños tienden a ser criados al margen de responsabilidades de crianza y es frecuente que no se les enseñe a cuidar y criar, y que toda esta responsabilidad recaiga en las mujeres.

Mediante sus acciones, la familia, los colegios y el sistema de salud apoyan esta visión, consciente o inconscientemente, y en ocasiones aplican acciones punitivas a las niñas por los embarazos precoces y no a sus parejas.

Un país notifica que de los 7000 nacimientos de madres menores de 15 años, solo el 40% de los padres del recién nacido eran jóvenes menores de 20 años. En una proporción grande de casos las diferencias de edad entre la madre y el padre son de tal magni-



tud, que es difícil imaginar que el embarazo no esté asociado a una situación de abuso sexual perpetrada por adultos.

ORIENTACIÓN SEXUAL. La orientación sexual de los hombres es diversa (heterosexual, homosexual, transexual u hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, entre otras). Esto tiene implicaciones importantes para el estado de salud cuando hay maltrato emocional y físico o dificultades para obtener servicios de salud. Se ha constatado que las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales (LGBTTI) que viven con el VIH y perciben altos niveles de estigmatización muestran 2,4 veces más probabilidades de retrasar la búsqueda de atención médica.

Numerosos servicios sanitarios no tienen claras las necesidades específicas e integrales asociadas debido a la homofobia institucionalizada y a los estereotipos de género, lo que contribuye a que las realidades de cada hombre difieran en función de este determinante.

PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES EN EL PARTO Y PATERNIDAD. Muchos padres no conviven con su pareja o sus hijos, lo que hace que la relación con ellos se caracterice por la distancia física, social y emocional. El empleo o su ausencia es una de

las condiciones que limitan la participación plena en la crianza. Sin embargo, como resultado del trabajo de sensibilización y de un cambio generacional existe un creciente interés de los hombres por acompañar y participar activamente en el embarazo y el parto.

Cuando dicha participación se reconoce como derecho, los hombres jóvenes participan más activamente durante el parto, lo que implica mayores beneficios para la madre, los hijos y para ellos mismos. En muchos países de la Región de las Américas cada vez es más frecuente legislar a favor de las licencias de paternidad, aunque aún insuficientemente. Solo 15 de los países de la Región cuentan con licencia de paternidad; de ellos, siete prevén licencias de 1 a 3 semanas; cuatro, de 5 a 7 semanas, y otros cuatro, licencias de más de 8 semanas.

En campos anteriores como la anticoncepción y planificación familiar, el embarazo adolescente y la paternidad se perciben disparidades de género. Los hombres no son llamados a asumir una corresponsabilidad integral en la sexualidad y la reproducción. Es un ejemplo de una cultura de género centrada en la reproducción como fenómeno exclusivamente femenino. Si a los hombres, en especial jóvenes, no se los educa y se los hace copartícipes en el ámbito sexual, menos lo serán en el de la salud reproductiva.



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

4

El tema de las masculinidades se ha investigado extensamente, pero no se ha logrado concretar este conocimiento en políticas, programas y proyectos públicos. Las políticas públicas se han enfocado en superar las brechas de género que afectan a las mujeres, con algunas intervenciones puntuales dirigidas a los hombres.

El término de género se ha asumido como sinónimo de “mujeres”. Las masculinidades se han invisibilizado o naturalizado, y las diferencias y las desigualdades entre ambos géneros y en cada uno de ellos no han llegado a abordarse.

Para superar este hecho, se ha propuesto generar políticas transformadoras o redistributivas de género que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres y de los hombres, propiciando una redistribución de responsabilidades, recursos, roles productivos y reproductivos, así como la toma de decisiones.

Empiezan a consolidarse iniciativas oficiales en el tema de las masculinidades, cada una precedida por el trabajo de organizaciones civiles. Pero los programas que trabajan sobre las masculinidades suelen tener un alcance restringido (personal-grupal, comunitario), son de corta duración y no están incorporados en la agenda de las políticas públicas, lo que impide una intervención sostenida de larga duración que logre cambios significativos. Por ello es imperativo movilizar la voluntad política y los recursos económicos necesarios para incrementar la escala y el impacto del trabajo de promoción de la equidad de género y la salud en hombres y niños.

Con frecuencia no se ve a los hombres como aliados, sino más bien como obstáculos en las políticas de género. Esto hace que las iniciativas hacia la salud de los hombres tiendan a ser marginales, insuficientes y tardías.

También se han documentado distintas barreras, por ejemplo, logísticas (los horarios de atención, su ausencia en zonas remotas, etc.) o derivadas de la construcción de la masculinidad (mandatos, riesgos asociados y falta de autocuidado). Todo ello hace que sea urgente visibilizar que se requiere un planteamiento integral de las necesidades de los hombres y las mujeres a la par.

Es frecuente constatar esta dialéctica, por lo general negativa, entre la falta de claridad en torno a los hombres por parte de los servicios y el desinterés y temor de ellos, que los lleva a no cuidarse y atenderse en un contexto con una cobertura de salud insuficiente en la mayoría de los países de la Región. El panorama se hace aún más problemático cuando se analiza la cobertura de salud para los pueblos indígenas y afrodescendientes, que es mucho menor que para el resto de la población.

El enfoque de los DSS nos recuerda que no solo hay que impulsar políticas de salud con perspectiva de género, sino políticas saludables (salud en todas las políticas) en ámbitos como la educación, el trabajo, las condiciones de vida y la atención a la discriminación por género/raza y por orientación sexual.

No observar a los hombres desde el género es un punto ciego presente en las políticas, en los programas, en los servicios y en la misma formación universitaria de las distintas profesiones en el campo de la salud. Esa ceguera limita también las posibilidades de responsabilizarse de los problemas existentes en el sector salud, como las distintas formas de violencia obstétrica o el silenciado problema del acoso sexual. Estos temas constituyen un reto y una oportunidad para que los hombres ejerzan formas de poder más horizontales y una influencia propositiva.



Conclusiones y recomendaciones

5

5.1 Conclusiones

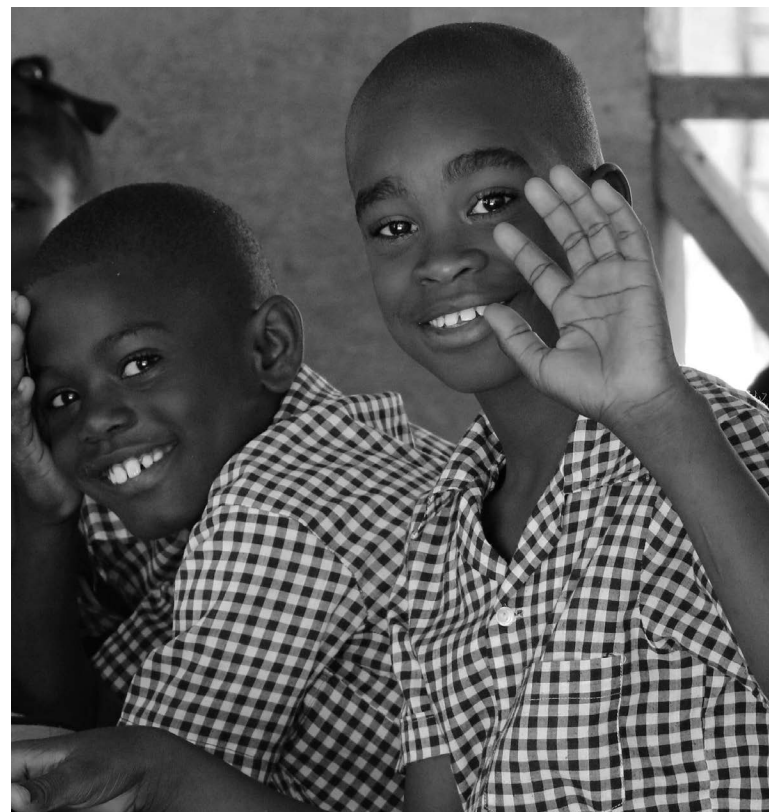
Existe una relación estrecha entre masculinidad y salud. Los roles, las normas y las prácticas impuestas socialmente a los hombres exigen o refuerzan su falta de autocuidado e incluso el descuido de su propia salud física y mental. Esto ha generado una cultura del riesgo con modos, estilos de vida y conductas asociadas que vulneran y afectan negativamente la vida de los hombres en distintas áreas.

- Las consecuencias se resumen en un promedio de 5,8 años de esperanza de vida al nacer menos para los hombres y un mayor riesgo de morir. Uno de cada 5 hombres muere antes de cumplir los 50 años.
- Cuando se analizan las masculinidades y la salud y se toman en cuenta los DSS y el enfoque del curso de vida se observa que las masculinidades subordinadas en las Américas padecen una gran estigmatización de la sociedad y del sistema de salud.
- La población LGBTTI debe afrontar la estigmatización institucional, la inequidad en el acceso a servicios y una capacitación inadecuada del personal para atender sus necesidades.
- La población afrodescendiente e indígena presenta mayores inequidades de salud que el resto de la población y es invisible en las bases de datos estadísticas. Estos hombres sufren una mayor mortalidad y menor esperanza de vida.
- La práctica de la sexualidad basada en la hegemonía, 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.
- La falta de cobertura universal de salud en la mayoría de los países se articula en el escaso uso que los hombres hacen 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.
- 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. Esto, 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.
- La sociedad civil y el ámbito académico han propuesto distintas soluciones para abordar estos problemas. Pero las primeras respuestas aún son marginales, insuficientes y tardías. Es necesario llevar estas iniciativas a una mayor escala para asegurar su continuidad y su evaluación sistemática.

5.2 Recomendaciones

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.



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 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

