

Programa integral de salud de los hombres: una necesidad urgente

Alexis Valenzuela Mayorga y Diego Silva Jiménez⁶⁵

RESUMEN

Es América un continente poblado por muchas razas y etnias, con dos subregiones con claras características económicas, sociales e históricas distintas como lo son Canadá y Estados Unidos y Latinoamérica y El Caribe con una población total sobre los 1.015 millones de personas (Banco Mundial, 2019), en todo el continente los hombres representan un 49% y las mujeres un 51% (World Health Organization 2016, OPS 2019). Los países miembros de la OPS han desarrollado por más de 100 años estrategias de prevención de la mortalidad infantil y materna, logrando aumentar las expectativas de vida en este grupo y en menor proporción para los hombres.

A pesar de los avances en la salud de las personas, es posible observar importantes inequidades en la salud de hombres y mujeres, siendo estas últimas, quienes se exponen a los riesgos de embarazo, parto, puerperio y aborto, con una tasa mortalidad materna en Las Américas, de 67,4 x 100.000 nacidos vivos (OPS, 2019). Para ello, los diversos países han desarrollado estrategias de protección de la salud de las mujeres, mediante acciones de planificación familiar, salud sexual reproductiva y establecimiento de programas de salud de la mujer.

Pero un gran ausente en el mundo es un programa que, de protección a los hombres desde una perspectiva de género, que pueda enfrentar fenómenos como la sobremortalidad masculina, expresada en Las Américas con mortalidad general de 6,9 en hombres y 4,5 en mujeres por 1000 habitantes; las tasas de suicidio de 14,2 en varones y 4,2 en mujeres por 100.000 habitantes; las tasas de homicidio de 31,1 en hombres y 4,3 en mujeres por 100.000 habitantes, (OPS, 2019). Con 18% más de años de vida perdidos por muertes prematuras de hombres en comparación de mujeres (OPS, 2019).

Comprender la sobremortalidad masculina y las diferencias de morbilidades entre hombres y mujeres ha tratado de ser explicado por la falta de autocuidados en varones (De Keijzer, 1998 y Bonino 1989), así como las barreras en el acceso al sistema de salud, dadas por los horarios y los requisitos de ingreso a los programas de salud preventivos de la salud primaria (Valenzuela, 2008).

Desde el enfoque promocional se han observado acciones exitosas en la salud de los varones tales como, la participación en el parto (Aguayo y Sadler, 2011) y crianza de los niños y niñas (Aguayo y Kimelman 2014), las campañas por la no violencia como Lazo Blanco (Bard G, 2016), siendo estos hechos aislados, no financiados y con escasa continuidad. Es por lo anteriormente expuesto que resulta necesario contar con un Programa Integral de Salud de los Hombres (PISH). En Las Américas dicha estrategia de promoción solo existe en Brasil, dando respuesta a las necesidades de los hombres desde su diversidad racial /étnica, curso de vida, orientación sexual, con estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria. El otro país con un programa de salud para los hombres es Australia, mientras Europa tiene un programa de salud para los hombres sólo en Irlanda. El PISH puede ser financiado con la reducción de costos de la morbimortalidad masculina, así como con la reducción de las consecuencias de la masculinidad hegemónica para las mujeres y niñas, tales como femicidio, embarazo adolescente, violencia, accidentes (Heilman, Barker y Harrison, 2017).

Palabras clave: Políticas Públicas, Masculinidades, Programa de Salud del hombre

PANEL 3: Masculinidades y políticas públicas.

⁶⁵ Alexis Valenzuela Mayorga y Diego Silva Jiménez y Universidad Central de Chile

1. Introducción

Políticas Públicas

“Las políticas públicas conforman la intervención del estado en respuesta a una situación problemática presente en la sociedad.” (Lobelle, 2017, pág,82) en este sentido las políticas pública vital importancia dado que son los caminos por donde los gobiernos guía al estado, teniendo en consecuencia un mayor énfasis o desarrollo en ciertas áreas o no. (Silva, 2014) así mismo Lobelle(2017, pag,82) las definen como “ un conjunto de instrumentos a través de los cuales el Estado, luego de identificar una necesidad (económica, política, ambiental, social, cultural, etc), implementa un conjunto de medidas reparadoras, construidas con la participación de los grupos afectados por los diversos problemas”

A pesar de que las políticas públicas son una solución inteligente, para un problema identificado de manera social o política, estas cobran una real importancia al momento de “discutir la implementación de políticas públicas en salud con base en la evidencia, en especial en países de América Latina, donde serios problemas afectan al colectivo” (Barboza-Palomino, Caycho & Castilla-Cabello, 2017, pág, 2)

Sin embargo, desde este mismo prisma, se observa que “La cultura patriarcal ha establecido una construcción social en la que se expresan profundas diferencias entre lo que significa y representa ser hombre y ser mujer; pautando normas en torno a lo considerado masculino y femenino” (Hernández, 2014, pág,210) tomando en cuenta las decisiones públicas, llevando a tomar un énfasis de desarrollo de más de 100 años la protección materno-infantil en el continente americano.

Solo hay tres países en el mundo que cuentan con un programa de salud del Hombre, con un enfoque de género, en Latinoamérica destaca el caso de Brasil, donde encontramos unos de los escasos programas de salud con enfoque hacia los hombres, donde de manera explícita se trabaja desde la perspectiva de la masculinidad logrando impulsar las distintas estrategias de gestión en la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH) (Cesaro, Santos y Silva, 2019). A pesar de que son un caso aislado en América en general, cuando observamos el caso de México, aparece con claridad el tema del envejecimiento y la calidad de vida en las personas mayores, donde existe una clara diferencia entre hombres y mujeres, a pesar que los hombres sienten que tienen mejor calidad de vida en los test aplicados se evidencia que no es así, al contrario de las mujeres que perciben tener una mala calidad de vida, pero que al momento de aplicar los instrumentos resultan con puntajes mayores al de los varones, esto se condice también con las esperanza de vida en México donde las mujeres representan alrededor del 67% de la población de personas mayores en dio país. (López-Rincón, et al, 2019).

Y a pesar de esto, la única manera para poder abordar la masculinidad en toda su amplitud es desarrollarla desde su lógica interseccional, tomando en consideración la mirada sociocultural, tales como; el racismo, la pobreza y la desigualdad social, las cuales explican las altas cifras de mortalidad y morbilidad de los hombres, jóvenes negros y pobres debido a la violencia urbana (Cesaro, Santos y Silva, 2019) y de los indígenas debido a la marginación de la sociedad (OPS, 2019).

2. Masculinidades

Los estudios de masculinidad llevan más de 20 años de investigaciones como tal en América Latina, estos han ido desarrollando temáticas tan básicas como el desarrollo de los Derechos Humanos en los varones, abordados por muchos años en la temática de la violencia hacia la mujer, para transitar de manera lenta hacia tratar y trabajar a los hombres que ejercían dicha violencia, siempre teniendo en consideración los costos sociales y económicos que estos significaba. Sin embargo, este tipo de estudios de las masculinidades fue creciendo mientras se iba desarrollando como disciplina propia, transitando por un puente desde la violencia a la instalación del debate de la desigualdad de género en temas tan diversos como; la salud sexual, la sexualidad con aristas como el embarazo adolescente, sexo entre hombres e infecciones de transmisión sexual. En otras de estas líneas emergentes en el estudio de los hombres aparece la paternidad, las tareas domésticas y la crianza de las hijas e hijos, para finalmente abrir otra línea de investigación, como lo son las disidencias sexuales (Aguayo y Nascimiento, 2016)

Es en esta condición que Gomes, Couto y De Keijzer (2020), plantean que los hombres siempre han estado en la agenda de salud, ya sea como objetivo de acción (reducción de la violencia) o como tema.

Para Heilman, Barker y Harrison (2017), plantean que los varones nos encontramos dentro de una caja llena de mandatos que debemos cumplir para poder ser “hombres” colocando en esta premisa que quienes no cumplan con estos roles, serán sospechosos de no ser hombres. Los pilares que sostienen esta caja de las masculinidades son; la Autosuficiencia, ser fuerte, atractivo físico, roles masculinos rígidos, heterosexualidad y homofobia, híper sexualización y por último agresión y control. Si se analizan con detención los puntos claves de esta “caja” llevan a los hombres a la violencia, a perpetuar prácticas poco saludables y aislantes, que los romperán y donde la agresión es normal, es bien vista y se convierte en el escape “deseado” para los hombres.

Hacia dónde se debe dirigir el estudio de las masculinidades para que se un aporte a la sociedad, para Aguayo y Nascimiento (2016) esto es claro:

Se necesita una mayor politización de la agenda de los hombres por la igualdad de género, tanto desde los colectivos, las ONGs como desde la academia y de los propios hombres. Resulta necesario sumar hombres en agendas relevantes para la igualdad de género como poner fin a la violencia contra mujeres y niñas, compartir la carga de trabajo de cuidado y doméstico, disminuir brechas de género, igualar salarios, compartir los espacios de poder y decisión, etc.; y en otras que les atañen muy directamente, como la paternidad, la salud de los hombres, o para denunciar graves problemas de derechos humanos que también les afectan. (pag, 212)

En Chile, el sistema de salud es de provisión mixta con un fuerte énfasis en lo público, para poder prestar la atención de salud, se divide en niveles de atención según importancia y complejidad, dejando en la atención primaria el énfasis en la prevención y promoción a través de los distintos programas de salud, como lo son:

- **Ciclo vital;** infantil, adolescente, adulto, adulto mayor
- **Transversales,** como salud dental, mental y promoción de la salud

- **Sexual y reproductivo;** de la mujer, embarazo, puerperio y gineco-obstetra.

Es aquí donde observamos un olvido total por la salud del hombre o su consideración como acompañante en el embarazo o crianza, careciendo de protagonismo en el cuidado de su salud y la de otros y otras.

3. Situación de Salud de los Hombres en la región de Las Américas

América es un continente poblado por múltiples razas y etnias, con dos subregiones con claras características económicas, sociales e históricas distintas como lo son Canadá y Estados Unidos con una población en conjunto de 365.828.785 por una parte y Latinoamérica y El Caribe con una población de 646.430.843 de personas (Banco Mundial, 2019), en todo el continente los hombres representan un 49% y las mujeres un 51% (World Health Organization 2016, OPS 2019). Comprender el fenómeno de la salud desde la perspectiva de género ha sido una tarea en que se ha comprometido la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y diversas organizaciones internacionales tales como Naciones Unidas, CEPAL, UNIFEM, en virtud de las diversas convenciones que abogan en favor de los derechos humanos y la calidad de vida de las mujeres. Entre estas tenemos la Convención de CEDAW en contra de toda forma de discriminación hacia las mujeres, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, la Convención de la Mujer de Beijín 1995 y sus prolongaciones (Camacho, 2012). Esto ha significado importantes avances en la atención de salud de la mujer, aumento de cobertura en problemas de salud, que anteriormente eran invisibilizados, como la violencia contra la mujer o el componente género en las problemáticas de salud mental, incluyendo una larga trayectoria tradicional de atención en el ámbito reproductivo de embarazo, parto, puerperio y crianza de lactantes y preescolares. Esto, más el desarrollo económico, las políticas sociales de vivienda, pensiones, la inversión en alcantarillado, agua potable y el control y mantención y reducción de las enfermedades infectocontagiosas, ha significado un importante aumento en los años de vida de la población en general y de las mujeres en particular, con una expectativa de vida en la región de las Américas de 80 años en la mujer y 74,2 años en los hombres (Banco Mundial, 2017, OPS 2019)

Esta brecha de aproximadamente 6 años de vida es una verdadera paradoja, si se compara con las políticas de pensiones de algunos países de la región como Chile donde los hombres se jubilan con 65 años y las mujeres con 60 años, igual que en Argentina y Cuba. Mientras que en Venezuela con 60 años para los varones y 55 para mujeres, Bolivia con 55 años en hombres y 50 mujeres; algunos países como México, Costa Rica, Perú tienen 65 años para ambos sexos y Ecuador, República Dominicana y Uruguay 60 años para ambos (CEPAL, 2016). Entonces los hombres mueren 6 años antes, pero en varios países jubilan 5 años después, fortaleciendo la idea de que los hombres son para trabajar. El trabajo es el eje fundamental de la identidad masculina en el modelo dominante, constituyendo el núcleo de su respetabilidad social (Olavarría, 2000) y ellos podrán en riesgo su propia salud con tal de mantener su trabajo (Valenzuela, 2008), es decir trabajarán "hasta que dónde cuerpo aguante" (De Keijzer, 2003), sin prevención de salud, sin cuidado de sí mismo. Para los varones de sectores populares, el trabajo les permite cumplir con las responsabilidades hacia la familia y el mandato de ser proveedores; pero bajo una gran presión, debido a las precarias ocupaciones y menores recursos con los que cuenta. A su vez, la pérdida del trabajo, así como la cesantía,

provoca importantes crisis en su autoestima, afectando el conjunto de sus vivencias. Mientras, la globalización afecta el trabajo también de los varones en puestos gerenciales, como lo describe Olavarría (2008, p 80): “Los ejecutivos trabajan al menos diez horas diarias, además del tiempo de desplazamiento a su trabajo. En general, llevan trabajo a casa y muchas veces se dedican a él los fines de semana, pese a que tratan de mantener esos días para sus hijos y su pareja”.

Por otra parte, no es lo mismo ser hombre blanco, de clase media y con educación superior, que migrante, pobre o con bajos niveles de educación. De esta manera podemos entender el conjunto de discriminaciones desde el concepto de interseccionalidad, que nace de las reivindicaciones de Kimberlé Crenshaw, con el objetivo de hacer evidente la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras afrodescendientes (Viveros, 2016), este concepto puede ser aplicado también a los varones afrodescendientes que habita el continente americano, compuesta por un total de 250 millones de personas (OPS, 2019), siendo las zonas geográficas más densas pobladas los países del Caribe angloparlantes, así como en Brasil, Haití y República Dominicana (OPS, 2007). A su vez se observa una vulnerabilidad importante, en Brasil, donde la esperanza de vida de los hombres blancos era de 71 años y la de los hombres afrodescendientes de 64 años (OPS, 2007). Similar situación ocurre respecto de la pobreza, donde Ecuador, presenta un porcentaje de población afrodescendiente de 52%, mientras en Brasil los afrodescendientes representan el 50% de los pobres, frente al 26% de la población restante. En cuanto a la mortalidad infantil, en Ecuador, la población afroecuatoriana presenta una tasa de más alta (32,6 por 1.000 nacidos vivos) que la población no perteneciente a ningún grupo étnico (25,8 por 1000 nacidos vivos). En Brasil, la mortalidad infantil de los hijos de madres afrodescendientes es mayor (37,6 por 1.000 nacidos vivos) que la del resto de la población. En Colombia, las tasas de mortalidad infantil, en el estado de Choco con 70% de población afrodescendiente son tres veces más altas en los hombres (98,6 por 1.000 nacidos vivos) y cuatro veces más en las mujeres (80,9 por 1000 nacidos vivos) (OPS, 2007). Ante el contagio de VIH, son los varones afrodescendientes el grupo mayormente afectado (Frasca T, et al, 2014). En Brasil con la incorporación de la terapia retroviral se ha presentado una fuerte caída en la mortalidad de la población blanca masculina contagiada, pero no ocurrió dicho decremento en la población masculina afrodescendiente. Mientras en Honduras, más de 8% de los garífunas adultos son VIH positivos frente a 2% del promedio nacional y la tasa acumulativa de casos de VIH es casi 15 veces la tasa nacional (OPS, 2007).

El abastecimiento de agua muestra otra brecha en detrimento de la población afrodescendiente, según los censos del año 2000, en el Brasil, 85,4% de los afrobrasileños tienen acceso adecuado a fuentes de agua potable, frente a 92% de la población no étnica. En Ecuador 66% de cobertura en población afrodescendiente frente a 69% en el resto de la población (OPS, 2007).

Respecto de la educación formal, en Brasil se observa una brecha mayor entre hombres y mujeres, con un 56,2% de los varones y 66% de las mujeres afrodescendientes con seis años de estudio, frente al 80,9% y 85,2% respectivamente del resto de la población (López, 2011). Es decir, ser hombre afrodescendiente es un riesgo de deserción escolar por sobre las mujeres.

En general la población afrodescendiente presenta mayores inequidades de salud que el resto de la población, incluyendo su invisibilización cuando no son registradas en las bases estadísticas de los servicios de salud.

En los últimos años y producto de crisis políticas y económicas en la región de Las Américas, la población general y la población afrodescendiente en particular ha migrado a distintos países del norte y sur del continente, ejemplo de ello ha sido la migración de haitianos por el conflicto interno, así como el terremoto del 2010, colombianos por el conflicto armado de su país, venezolanos por la crisis económica y política. Ello ha significado la aparición de la negrura en países con poca población afrodescendiente y la escasa adaptación de la población local a la multiculturalidad (Tijoux, 2016). Uno de estos países es Chile, que no tiene estadísticas respecto de la población afrodescendientes, los cuales solo logran ser identificados como migrantes internacionales y más específicamente por nacionalidad, no así por su raza y etnia (Valenzuela, Silva, Rojas, 2020). Si a esto le sumamos la dificultad de no ser hispanoparlantes de lengua materna, o tener un color de piel distinto al resto de la población, nos encontramos en un fenómeno de acumulación de vulnerabilidades o interseccionalidad de las masculinidades (De Keijzer, 2016) como: Ser joven y no estar priorizado para planes de salud y tener mayor exposición a violencia, suicidio, infecciones de transmisión sexual. Estar desempleado y el consecuente estrés, desgaste y desvinculación emocionales. Ser pobre y estar expuesto a una mayor vulneración laboral y social. Tener morbilidad oculta por el escaso autocuidado y búsqueda de ayuda. La sobremortalidad masculina y el riesgo de morir de forma prematura. El no ser heterosexual y estar expuesto a estigma hostigamiento y riesgos de salud. Y por supuesto ser migrante con la consecuente precariedad laboral, de vivienda y salud. Así como la etnicidad, por ser indígena o afrodescendiente (De Keijzer, 2016; OPS 2019).

Un estudio acerca de los hombres afrodescendientes y el acceso universal a sistema de salud en Chile muestra que los entrevistados:

“Reconocen y valoran el sistema público de salud y su oportunidad de atención gratuita, identificando la Atención Primaria de Salud como un espacio primordialmente para mujeres embarazadas y niños, tanto por sus prestaciones como por los horarios incompatibles con sus jornadas laborales (8.00 a 17.00 horas). También muestra las grandes barreras de acceso que presentan los haitianos, ya que su idioma materno, el creole y francés, les dificulta expresar sus necesidades o dolencias específica en español, así como comprender las indicaciones profesionales y las formas burocráticas de acceder. Esto es enmendado con los mediadores culturales haitianos que hay en algunos centros de salud, que les informan los procedimientos en su propio idioma. Pero las dificultades no solo son de haitianos, también los demás afrodescendientes, que perciben barreras en el acceso al sistema de salud, por discriminación, una de ellas es que a todos los "negros los consideren haitianos", es algo que les molesta mucho y a su vez perciben discriminación de parte de los chilenos por el solo hecho de su color de piel” (Valenzuela A, Silva D & Rojas M, 2020, p 8).

Siendo el relato muy parecido a lo que encuentran en su investigación Cesaro, Santos y Silva, (2019) en Brasil, cuando los varones asisten a los servicios de salud, solo cuando se encuentran con una enfermedad declara y con los síntomas en fase avanzada, junto con ello, no tienen la información completa para poder identificarla o asistir a tiempo,

umentando la desigualdad social en términos de la clase social y la raza, reproduciendo inequidades en salud.

Por su parte los hombres indígenas en la región de la Américas, también se encuentran con barreras de acceso al sistema de salud occidental, viviendo en situación de pobreza con precarias condiciones de vivienda alimentación y discriminación. “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” (OPS, 2019, p 38).

Por otra parte, una de las principales mejoras en la salud de las personas en la región de las Américas han sido los programas de control materno infantil y planificación familiar, que han logrado bajar la tasa de mortalidad materna a 67,4 x 100.000 nacidos vivos (OPS, 2019). Un gran avance para la sociedad en su conjunto, con un fuerte y legítimo énfasis en la salud de las mujeres, pero con la ausencia de la salud de los hombres.

Incorporar políticas de salud para los hombres desde la perspectiva de género, es una gran necesidad en la región de las Américas, ya lo demuestra la sobremortalidad masculina, expresada en diferencias respecto de la mortalidad general de 6,9 en hombres y 4,5 en mujeres por 1000 habitantes; las tasas de suicidio de 14,2 en varones y 4,2 en mujeres por 100.000 habitantes; las tasas de homicidio de 31,1 en hombres y 4,3 en mujeres por 100.000 habitantes, con 18% más de años de vida perdidos por muertes prematuras de hombres en comparación de mujeres. De esta manera a los 50 años de vida ya ha muerto el 20% de los varones de causas prevenibles, lo que se traducirá en una feminización de la vejez, con una baja presencia masculina (OPS, 2019).

4. Conclusiones

La problemática de salud de los hombres expuesta en este texto es compleja en su multiplicidad de dimensiones y ello requiere también una respuesta compleja. No sólo es la salud física de los hombres, sino la salud mental y la violencia como problema de salud pública cuyo eje principal proviene desde los hombres hacia las mujeres y otros hombres. Debemos de abarcar la mirada, además, hacia las presencias y ausencias de los hombres en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (y el posterior cuidado), lo cual apunta a necesidad de una educación sexual integral y la promoción de masculinidades libres y diversas.

Comprender la sobremortalidad masculina y las diferencias de morbilidades entre hombres y mujeres ha tratado de ser explicado en un inicio por causas biológicas, pero la evidencia es abrumadora respecto de la predominancia de las causas externas, por la falta de autocuidados en varones (De Keijzer, 1998 y Bonino 1989), así como las barreras en el acceso al sistema de salud, dadas por los horarios y los requisitos de ingreso a los programas de salud preventivos de la salud primaria (Valenzuela, 2008). Pero también ha sido un obstáculo para los varones la discriminación hacia los afrodescendientes (Valenzuela, Silva y Rojas, 2020, Tijoux, 2016) y pueblos indígenas, las condiciones de pobreza y marginación que han sido empujados en años de colonialismo, esclavitud y

expoliación (OPS, 2019), así como los procesos de migración forzada o voluntaria en búsqueda de una mejor calidad de vida. con la escasa respuesta multicultural del sistema de salud occidental, que trata de adaptarse a un fenómeno cada vez de mayor magnitud.

Desde la prevención existen actividades exitosas en salud de los varones, las cuales se iniciaron con campañas de prevención del cáncer de la próstata y testicular; evolucionando a acciones más promocionales, tales como: la participación de los padres en el parto (Aguayo y Sadler, 2011) y crianza de los niños y niñas (Aguayo y Kimelman 2014). Siendo las paternidades una entrada de salud positiva en las condiciones de vida de los varones, desde una perspectiva sinérgica, donde se afecta positivamente la salud de la niña o el niño, de la madre y del padre (Sabo, 2000).

Por otra parte, las campañas como Lazo Blanco (Bard G, 2016), han visibilizado a un grupo de varones que diverge del patriarcado y anhela construir una masculinidad no hegemónica (Connell R, 2003), que se aleje de la violencia como base de su propia identidad y que quiebra con la complicidad masculina del ejercicio y silencio ante la violencia contra la mujer.

Analizar estas manifestaciones de salud desde una perspectiva interseccional nos acerca a los determinantes sociales de la salud que afectan y vulneran de distintas formas a los hombres de acuerdo a su sitio social, económico y cultural, sin negar los privilegios asociados con algunas de esas posiciones. Este análisis nos lleva a la necesidad de un abordaje intersectorial para lograr prevenir muchas de estas manifestaciones por los que los hombres suelen llegar tarde y mal a los servicios de salud. Hablamos de sectores como el educativo, el económico, el social y cultural, entre otros, que, desde la perspectiva de género, deben desarrollar estrategias relacionales que atiendan las problemáticas de mujeres y hombres sin generar nuevas desigualdades.

Pero la prevención es insuficiente: debemos de avanzar hacia la promoción de la salud y la igualdad, lo cual invita a abordar una mirada salutogénica y a fortalecer el cuidado de sí y de los otros en los hombres, ubicando las buenas prácticas al respecto (Antonovsky, A 1996 y De Keijzer, 2016).

Todo lo anterior no se va lograr sin un trabajo intensivo, temprano y sensible con los diversos conjuntos de hombres. Esto incluye también poder confrontar a otros varones y que todos podamos vivir más libremente de los mandatos de la masculinidad. Acciones que inviten o conminen a los hombres a salir de la caja (camisa de fuerza) de la masculinidad hegemónica (Heilman, Barker y Harrison 2017, OPS 2019; Valenzuela y Silva, 2020) o, mejor, que prevengan que siquiera entren a dicha caja en la medida en que se haga desde la educación inicial en la familia y la escuela.

Es por lo anteriormente expuesto que resulta necesario contar con un Programa Integral de Salud de los Hombres (PISH) con perspectiva de género e interseccionalidad. En las Américas dicha estrategia de promoción solo existe en Brasil, dando respuesta a las necesidades de los hombres desde su diversidad racial /étnica, curso de vida, orientación sexual, con estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria. El otro país con un programa de salud para los hombres es Australia, mientras Europa tiene un programa de salud para los hombres sólo en Irlanda.

El PISH puede ser financiado con la reducción de costos de la morbimortalidad masculina, así como con la reducción de las consecuencias de la masculinidad

hegemónica para las mujeres y niñas, tales como femicidio, embarazo adolescente, violencia, accidentes (Heilman, Barker y Harrison, 2017), sin necesidad de disminuir los ingresos destinados para las mujeres, desde las políticas de género.

5. Bibliografía

- Aguayo y Kimelman (2014). Guía de paternidad activa para padres. UNICEF, Fundación Cultura Salud, Hogar de Cristo. Santiago de Chile
- Aguayo y Sadler (2011). El papel de los hombres en la equidad de género: ¿Qué masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile?. Universidad de Chile, Santiago de Chile
- Aguayo, F. & Nascimento, M. (2016). Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Río de Janeiro), (22), 207-220. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.09.a>
- Antonovsky, A (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promot Int*; 11(12):11-18.
- Barboza-Palomino, M., Caycho, T., & Castilla-Cabello, H. (2017). Políticas públicas en salud basadas en la evidencia. Discusión en el contexto peruano. *Salud Pública de México*, 59(1), 2-3. <https://doi.org/10.21149/7881>
- Bard G, (2016). Aferrarse o soltar privilegios de género: sobre masculinidades hegemónicas y disidentes. *Península*, 11(2), 101-122. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pnsla.2016.08.003>
- Bonino (1989). Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos. Artículo presentado en las Terceras Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Banco Mundial (2019). Población Total. Recuperado el 04 de marzo 2021 de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?locations=ZJ>
- Camacho, A (2012). Acciones afirmativas de producción de conocimientos sobre la situación y condición de las mujeres indígenas. Colección UNPAM. San Jose de Costa Rica. Recuperado el 03 de marzo 2021 de http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION UNPAN/BOL MAYO 2012 50/IN AMU/afirmativas_indigenas.pdf
- CEPAL (2016). La nueva ola de reformas previsionales y la igualdad de género en América Latina. Recperado del 03 de marzo 2021 de: https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/la_nueva_ola_de_reformas_previsionales_y_la_igualdad_de_genero_en_america_latina_flavia_marco_.pdf
- Cesaro, B. C. D., Santos, H. B. D., & Silva, F. N. M. D. (2019). Masculinidades inherentes à política brasileira de saúde do homem. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>.

- Connell, R. (2003) Masculinidades. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Autónoma de México. México.
- De Keijzer (1998). 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 (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, (coord.). La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. p. 137-152.
- De Keijzer, B. (2016). Sé que debo parar, pero no sé cómo”: Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. Sexualidad, salud y sociedad – Revista Latinoamericana, No. 22, CLAM.
- Frasca T, Balan I, Ibitoye, M, Valladares J, Dolezal C, Carballo-Diéguez A (2014). Attitude and behavior changes among gay and bisexual men after use of rapid home HIV tests to screen sexual partners. AIDS Behav. doi: 10.1007/s10461-013-0630-x.
- Heilman, Barker y Harrison (2017). 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
- Hernández, I. (2014) El ser del varón y el diseño de políticas públicas e intervención social con perspectiva de género Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, LIX(222), 209-234 | ISSN-0185-1918
- Gomes R, Couto MT, de Keijzer B. Hombres, género y salud. Salud Colectiva. 2020;16:e2788. doi: 10.18294/sc.2020.2788.
- Lobelle , G. (2017). Políticas públicas sociales: apuntes y reflexiones. Alcance, 6(14), 81-96. Recuperado en 05 de marzo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2411-99702017000300006&lng=es&tlng=es
- López, Néstor (2011). Informe sobre tendencias sociales y educativas en América Latina 2011: la educación de los pueblos indígenas y afrodescendientes . UNESCO, Buenos Aires, Argentina
- López-Rincón, F., Morales-Jínez, A., Ugarte-Esquivel, A., Rodríguez-Mejía, L., Hernández-Torres, J., & Sauza-Niño, L. (2019). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. Enfermería Global, 18(54), 410-425. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>
- Olavarría, J (2008) Globalización, género y masculinidades: Las corporaciones Transnacionales y la producción de productores. Revista NUEVA SOCIEDAD No 218, noviembre-diciembre de 2008, recuperado el 04 de marzo 2021 de <https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Genero-Mujer->

[Desarrollo/globalizacion%20genero%20y%20masculinidades%20i.%20olavarria.pdf](#)

- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007). Salud en las Américas: 2007. Washington, D.C.: OPS, © 2007—2v. (OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622).
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Masculinidades y Salud en la Región de las Américas. Washington, D.C.
- Sabo D. (2000) Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. Publicación Ocasional n.o 4. Washington: OPS
- Silva, D. (2014) Modernización del Estado: Revisión del Proceso de Reforma del Estado Chileno entre 1970-2011 y Evolución del Programa de Mejoramiento de la Gestión. Revista Akademeia, 12 (1) p, 71 - 84. <http://repositorio.ugm.cl/bitstream/handle/20.500.12743/1378/Modernizaci%C3%B2n%20del%20Estado%20revisi%C3%B2n%20d%20el%20proceso%20de%20reforma%20del%20Estado%20Chileno%20entre%201970-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tijoux, Ana (2016) Racismo en Chile: La piel como marca de la inmigración. Editorial Universitaria. Santiago de Chile
- Valenzuela, 2008. Percepción y conductas masculinas frente a la propia salud en usuarios de consultorio [tesis de máster]. Santiago de Chile: Universidad de Chile
- Valenzuela A, Silva D, Rojas, M (2020). Acceso a la salud en Chile de hombres migrantes internacionales afrodescendientes. N° Jornadas de Salud Pública Universidad de Chile. Santiago de Chile LINK. XXXIV Libro Jornadas Chilenas de Salud Pública 2019.
- Valenzuela, A. & Silva, D. (2020). Implicancia de las masculinidades en la elección de la carrera de terapia ocupacional en estudiantes hombres. Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional Vol. 7, No. 2, 2020. p.1-10 <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/96/87>
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Revista debate feminista 52. 1-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005> 0188-9478.
- World Health Organization, (2016). 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/