



## 6. La masculinidad como determinante social en salud

*Olga Lucia Peña Torres<sup>15</sup>*

Comprender la masculinidad demanda diferenciar los términos sexo y género; en especial, porque la distinción entre estos implica que, en la búsqueda de los elementos que forman parte de la identidad masculina y femenina, no basta con tomar explicaciones desde el ámbito biológico (sexo). En cambio, se debe hablar de las construcciones socioculturales y los valores asignados a lo masculino y lo femenino (género). Así, la masculinidad es, entonces, el resultado de una construcción social de imaginarios acerca de atributos, conductas, roles y valores asignados al género masculino.

Sin embargo, se ha de precisar que existe una simbología alrededor del género que define los límites en relación con lo que se considera masculino y no masculino. Así, para ser parte del conjunto simbólico de lo masculino, no basta con tener el sexo masculino, sino que se debe actuar de acuerdo con las normas de comportamiento masculino.

Con base en lo anterior, autores como Estela Serret (2011) explican que existe una necesidad constante de validación de la identidad masculina que se hace con el seguimiento de las normas de comportamiento masculino para la aprobación de los demás hombres. Normas de comportamiento que se basan en la fuerza, la virilidad, la dominancia y el control de situaciones que, por lo general, suelen ser riesgosas o que, como consecuencia, traen problemas para la salud del individuo o de su círculo cercano.

---

15 Médica, Residente de la Especialización de Medicina Familiar de la UPTC. Grupos de Investigación Educación, Salud y Desarrollo Rural y Atención Primaria de Salud. ORCID, <https://orcid.org/0000-0002-7990-4189>

La reflexión acerca de los patrones de conducta que se derivan de las identidades masculinas y sus consecuencias, se ha desarrollado en torno a los modelos de violencia contra la mujer y las diferencias encontradas en el perfil de morbilidad y mortalidad, inclinado con desigualdad del lado de los hombres. En muchas ocasiones, estas reflexiones han develado la influencia que tienen las creencias culturales, de las que la construcción de la masculinidad depende, en las prácticas de autocuidado en salud, y de qué forma el concepto de masculinidad que tenga el individuo se puede comportar como un determinante social en salud.

El presente artículo tiene como objetivo comprender la influencia que ejercen las masculinidades como determinante social en la conducta humana y sus implicaciones en salud. En este mismo sentido se propone revisar estrategias que, desde la práctica profesional del médico familiar, puedan ser pertinentes para contribuir a la eliminación de las brechas de género que suponen estos imaginarios sociales.

## **Metodología**

Se realizó una búsqueda bibliográfica avanzada mediante varios buscadores que contienen información de revistas indexadas y arbitradas de competencia internacional. Para ello se acudió a las plataformas Redalyc, EBSCO – Host y PubMed; de igual manera, se utilizó el buscador de Google académico. La búsqueda se hizo con el uso de las palabras clave MeSH “masculinity” AND “Social Determinants of Health”, “masculinity” AND “selfcare” y los DeCS “masculinidad” y “determinante social en salud”, y “masculinidad” y “autocuidado”. Es de aclarar que esta búsqueda se realizó en el año 2020 y no se estableció una limitación temporal, pues se reconoce que el tema es bastante reciente y la información algo escasa en algunas de las bases de datos consultadas.

Para establecer el corpus, como criterios de inclusión se seleccionaron aquellos estudios en los que estuviese disponible el texto completo y que, dentro de sus resultados y discusión, describieran hallazgos que revelan una relación entre las masculinidades con resultados en salud o en conductas que tienen implicaciones en la salud individual, familiar o

poblacional. Se excluyeron estudios que únicamente describían patrones de comportamiento masculino, sin una interpretación en relación con la salud y estudios que solamente evidencian brechas de sexo en una o varias enfermedades en particular, pero no se realiza un análisis de las diferencias de género fuera del determinismo biológico.

## **Resultados**

La búsqueda arrojó 4120 resultados de los cuales se excluyeron los artículos que no permitían su completa visualización y los que se encontraron duplicados, además, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión mencionados. Varios de los documentos seleccionados se encontraron en español, otros en inglés y algunos en portugués. Finalmente, se seleccionaron 36 artículos que hicieron uso de metodologías cualitativas y cuantitativas para su discusión en el presente documento.

Para desarrollar el objetivo del artículo, en primer lugar, se realiza una conceptualización reflexiva acerca de la masculinidad como un determinante social en salud, en la que se menciona toda la evidencia encontrada que relaciona las conductas de validación masculina con desenlaces en salud. En segundo lugar, se aborda el tema de la masculinidad, la salud y la dinámica familiar, lo cual deja ver la influencia en los roles que hombre y mujer realizan en la crianza de los hijos y cómo se reproducen los imaginarios de género en la familia. Por último, se explica y se hace énfasis en la necesidad de incluir al hombre en los debates de salud para lograr avances en el bienestar de los hombres, sus familias y las comunidades.

## **Normas de comportamiento masculino y salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales en salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (Organización Panamericana de Salud, 2009). Dentro de estas fuerzas y sistemas se incluyen las normas sociales como las normas del comportamiento masculino que pueden ser diferentes para varios

subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en salud.

Existen varios modelos que tratan de explicar la forma como las circunstancias en las que las personas viven tienen efectos directos o indirectos en la salud. Tal es el ejemplo del modelo de Diderichsen o el modelo del equipo de Equidad de la Organización Mundial de la Salud (Vega et al., 2005). Dentro de estos modelos se reconoce que existen diferencias en la estructuración social en relación con el género, dado que se establecen unas relaciones de poder en torno a los valores asignados a cada género y esto da como resultado una distribución diferencial del poder y la riqueza; asimismo, se relaciona la posibilidad del acceso a ciertos recursos y oportunidades que definen una exposición diferencial a condiciones más o menos perjudiciales para la salud.

Sin embargo, el género no solo determina la salud a través de la posición socioeconómica (determinantes estructurales); también, interviene a través de las condiciones laborales, los factores conductuales y los factores psicosociales (determinantes intermedios) que, en fin de cuentas, son los que tienen un impacto diferencial en la salud (Vega et al., 2005).

Siendo la masculinidad una expresión de imaginarios sociales acerca de lo que se considera masculino, existen varias manifestaciones o tipos de masculinidades a partir de las cuales se vive el género. Igualmente, existen varias formas de clasificar la masculinidad de acuerdo con las relaciones de poder que se establecen y con elementos que constituyen la identidad masculina, como en el caso de Soria (2011) que describe los modos de subjetivación del género en tradicional, transicional e innovador, o también otras clasificaciones que describen masculinidades hegemónicas, subordinadas y alternas haciendo referencia a las relaciones de poder entre géneros (Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México [CNDH], 2018).

Si se entiende la equidad en salud como “la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de las personas a nivel individual o colectivo, con distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas” (Vega et al., 2005, p. 8) y dado que no existe una única manera de vivir, entender y manifestar el género, es preciso com-

prender la forma en que estas diferentes expresiones de masculinidad y sus correspondientes normas de comportamiento se relacionan con resultados en salud para los individuos, las familias y las comunidades.

Estas normas de comportamiento son aprendidas e interiorizadas a través de la socialización y la educación durante toda la vida. Hacen parte de lo que Pierre Bourdieu denomina “capital cultural”, cuando se refiere a aquellos recursos que se adquieren, principalmente, mediante el aprendizaje social, cuyas condiciones de aprendizaje varían según las clases sociales, los grupos de estatus o los entornos. Dicho capital cultural se ha estudiado desde las ciencias sociales y se ha encontrado como un indicador que marca la diferencia entre grupos, respecto de las desigualdades en salud (Abel, 2008).

En Latinoamérica la preocupación por una asociación negativa entre ciertos elementos de las identidades masculinas con formas de vivir que representan un riesgo para la salud ha promovido la formulación de diferentes investigaciones que buscan describir el problema. De una parte, De Keijzer (1997), en su trabajo *El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva*, describe que, a través de talleres, los hombres reconocieron la dificultad que tienen para pedir ayuda. De la misma manera, se pudo evidenciar la negación de la enfermedad y la falta de incorporación de medidas de autocuidado tanto médicas como las relacionadas con el estilo de vida, conductas que convierten a la masculinidad en un factor de riesgo para la salud.

Otras investigaciones han encontrado hallazgos similares como Al-Ghabeesh et al. (2019), quienes describen que las características de los significados de masculinidad en los hombres que las apropian redundan en factor de riesgo para la salud sexual y reproductiva, para la salud mental; además, favorecen el consumo nocivo de alcohol, el tabaquismo y las conductas de riesgo que incluyen conductas violentas.

En cuanto a la salud sexual, otro estudio señala que, debido a una noción hegemónica de la masculinidad en la que se espera que el hombre tenga el control, sea fuerte, libre de enfermedades, altamente sexual y económicamente productivo, se entra en conflicto, por ejemplo, con asumir un diagnóstico de infección de transmisión sexual como el VIH,

cuestión que impide que se sigan las instrucciones de tratamiento del personal médico y se participe de comportamientos favorables para la salud como asistir a controles regulares y la abstención del consumo de alcohol y de practicar el sexo sin protección (Skovdal et al., 2011), conductas que implican un riesgo para la salud sexual, tanto de hombres como mujeres.

En Venezuela, Abou y Camacaro (2013) analizaron los determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en el perfil socio-epidemiológico de la salud sexual y reproductiva y calidad de vida de los hombres a través de un estudio retrospectivo. Se descubrió que estos hombres no usan métodos anticonceptivos (71,81 %) ni consideran la vasectomía (100 %), dado que no conciben la planificación familiar como su responsabilidad, ante lo cual expresan rechazo al condón masculino porque lo consideran como un inhibidor de su placer sexual. Si bien a la mayoría les preocupa las infecciones de transmisión sexual y la impotencia sexual, asocian el cuidado de la salud reproductiva con descalificación de virilidad. De igual modo, el diagnóstico de patología prostática a través del tacto rectal se considera no necesario (31,82 %).

Estos hallazgos demuestran una situación de vulnerabilidad para la salud sexual y reproductiva, no solo para estos individuos, sino para sus parejas sexuales. Así se hace evidente la influencia de ciertos imaginarios en relación con la identidad masculina y de unas relaciones de poder basadas en el género. Factores que resultan perjudicando las decisiones que se toman en torno a la salud y la reproducción. Ciertamente, estos patrones de conducta se pueden repetir en el contexto colombiano y resulta pertinente evaluarlo.

Respecto al consumo de alcohol, otras investigaciones refuerzan la asociación entre el género masculino y un consumo problemático de alcohol implicando mayor riesgo para la salud de estos individuos, como es el caso de los datos cuantitativos expuestos en la encuesta nacional de salud mental de Colombia (De la Espriella et al., 2016, p. 176), donde se muestra una evidente mayoría de los varones clasificados, de acuerdo con la escala AUDIT-C, como bebedores de riesgo, ya que el 16 % de los hombres frente al 9 % de las mujeres de 18 a 44 años son

bebedores de riesgo y en mayores de 45 años, el 25 % de los hombres frente a 3.8 % de las mujeres son bebedores de riesgo.

De igual forma, cuando se revisan los datos disponibles en el Análisis de la Situación de Salud de Colombia (ASIS) (Ministerio de Salud y Protección Social, MinSalud, 2019), para la prevalencia del consumo de tabaco diferenciada por sexo, se evidencia una prevalencia de vida de consumo de tabaco para los hombres en 6.12 puntos porcentuales más que la prevalencia encontrada en las mujeres.

Una evidencia del impacto que tienen las conductas violentas y conductas de riesgo en los hombres se puede observar al hacer una comparación por sexo de los años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) publicados en 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social. En este informe titulado *La equidad en Salud para Colombia* se observa una diferencia significativa del patrón de mortalidad en los hombres respecto a las mujeres. Allí se evidencia que, en 2010, los hombres de 15 a 44 años perdieron 947.579 APMP, en comparación con las mujeres quienes perdieron 279.207 APMP. Es decir, los hombres perdieron 3.4 veces más APMP que las mujeres. Esta diferencia se explica, en gran parte, por los 469.442 APMP debido a agresiones, donde se incluyen las lesiones ocasionadas por la guerra y los accidentes de tránsito (MinSalud, 2015, p. 56).

Estos hallazgos son congruentes con otro estudio cualitativo sobre conductas de riesgo en relación con la masculinidad, en el cual, De Keijzer (1997) indica que el consumo de tabaco y el uso excesivo de alcohol son situaciones que se han encontrado relacionadas, particularmente, con el género masculino y se sabe que, bajo los efectos del alcohol, los hombres se tornan agresivos lo que genera problemas de violencia doméstica y no doméstica, relaciones sexuales sin uso de condón, muchas veces no consentidas por la mujer, accidentes de tránsito y suicidios.

De la misma manera, las brechas de género encontradas en los perfiles de morbimortalidad en Cuba por Corral y colaboradores en 2010 describen una mortalidad 5 a 50 veces mayor para los hombres que para las mujeres en relación con accidentes asociados al consumo excesivo

de alcohol. Aspecto que, en consecuencia, se tradujo en años de vida potencialmente perdidos. Estos comportamientos arriesgados se asociaron con la tendencia masculina a la aceptación del riesgo como un proceso que guarda estrecha relación con el género.

A nivel mundial, la inquietud por las diferencias en los perfiles de morbilidad y mortalidad respecto al género ha sido el objetivo de estudio de investigaciones que relacionan las masculinidades con temas de salud. Así, se relacionan ciertos comportamientos asociados a la masculinidad con desventajas en cuanto a la salud mental, la salud sexual y reproductiva, mayor tendencia a la presencia de hábitos nocivos y conductas violentas.

En África, por ejemplo, en un estudio fenomenológico se describió una relación entre las fuentes de estrés de algunos hombres afroamericanos con la necesidad de cumplir los roles de género en una sociedad racialmente estratificada (Griffith et al., 2013). Se encontró que, dentro de las fuentes principales de estrés para estos hombres, fue determinante la necesidad de corresponder con los roles de género que son cultural y socialmente importantes. Esto debido a otros factores que conjugaban como las relaciones de poder dadas por las diferencias raciales, la edad y el estado civil, entre otros, que dificultaban el cumplimiento de esas expectativas sociales, situación que, finalmente, termina afectando la calidad de vida de estas personas.

Las patologías más frecuentes y que son las principales causas de mortalidad en el mundo, como las enfermedades cardiovasculares, se han encontrado asociadas con las masculinidades, a través de estudios cuantitativos como lo demostraron Carneiro y Brito (2018) en un estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo con hombres adultos en Brasil que buscaba estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y de enfermedad isquémica del corazón. Estos autores encontraron que:

Los hombres, en comparación con las mujeres, tuvieron mayor prevalencia de tabaquismo (22,5 %), sobrepeso (56,5 %), consumo abusivo de alcohol (23,4 %), inactividad física (16,2 %) y tiempo de televisión (25,8 %). Fueron víctimas de mayor morta-



lidad por angina de pecho (51,4 %), infarto agudo de miocardio (58,9 %) y cardiopatía isquémica crónica (55,8 %), con tendencia creciente en los últimos cinco años. (p. 370)

Estos comportamientos se pueden asociar a una resistencia al cuidado de la salud que se explica por factores socioculturales e institucionales que potencian la exposición a factores de riesgo, sumado a una dificultad en los hombres para reconocer la necesidad de buscar ayuda médica cuando se requiere como lo han descrito algunos investigadores. Es así como en los imaginarios de ciertas masculinidades, este género se debe caracterizar por una fortaleza, autosuficiencia y control de la situación, (Aparicio et al., 2011; Chikovore et al., 2014), de manera que se tiende a rechazar la ayuda y participar en situaciones riesgosas, razón por la cual se ha encontrado una asociación entre las mayores puntuaciones de masculinidad, en relación con la dominancia y comportamientos de riesgo para la salud.

La masculinidad hegemónica es la que más representa las prácticas culturales, caracterizándose por la dominancia del género masculino en las estructuras de poder y autoridad y, si bien los estilos de masculinidad pueden estar abiertos al cambio y la variabilidad, la sustancia del dominio masculino permanece (Rochelle, 2019).

Sin embargo, no todas las masculinidades hegemónicas se comportan como un factor de riesgo en salud. En algunas culturas, dependiendo de los elementos de los que estas se han constituido, hay una conformidad más estricta con las normas masculinas, la masculinidad hegemónica fue predictiva del compromiso con el comportamiento de salud entre los hombres. Estos resultados variaron de acuerdo con las regiones evaluadas debido a las diferencias transculturales, por lo que se ha podido identificar que existe pluralidad de masculinidades que surgen en diferentes contextos sociales; es decir, diferentes maneras de convertirse en hombre y ser hombre.

Una muestra de masculinidades hegemónicas saludables es presentada por Sloan et al. (2010), quienes describen un ejemplo en un estudio cualitativo realizado como parte de un proyecto de investigación más grande de metodología mixta, a través de entrevistas a grupos focales

de hombres sanos sobre construcciones de masculinidad. En este estudio los participantes explicaban el porqué de sus prácticas saludables, primero que todo, rechazan la idea de que el interés por cuidar de su salud sea considerado como algo excesivo y femenino, en lugar de esto, justifican sus prácticas en términos de orientación para la acción, el logro de objetivos deportivos, sus preocupaciones por la apariencia física y mantener la autonomía (p. 783).

Además de que hay una pluralidad en las concepciones y significados de masculinidad, esto se relaciona con un gran abanico de referencias de conducta a seguir. Por ejemplo, el consumo de grandes porciones de alimentos poco saludables se asocia con masculinidad y autonomía; en especial se constituye en una parte importante de la vida social de los adolescentes (Lems et al., 2019). El rol de cuidador del hogar, dominación y heterosexualidad es otra referencia de conducta masculina que, como se verá, tiene implicaciones en salud (Ferreira y Gomes, 2008).

El consumo excesivo de alcohol, las conductas riesgosas durante la conducción y las conductas sexuales de riesgo también fueron consideradas como conductas propias de los varones o dotadas de masculinidad (Marcos et al., 2013). De otra parte, gracias a los datos aportados por estudios mixtos, se hizo evidente que había una menor tendencia a tomar decisiones con base en el influjo social en individuos con mayor nivel educativo. Esto se puede explicar a través de una mayor acumulación de capital cultural: los individuos que tienen una comprensión más amplia de las interacciones sociales y las consecuencias de las conductas de riesgo, pueden enfrentar la presión social con herramientas que permitan tomar decisiones más asertivas.

Algunos autores han abordado la relación entre género y salud en torno a la autopercepción de su salud y vulnerabilidad. Al comparar las respuestas dadas por hombres y mujeres a través de un estudio cualitativo en España (García et al., 2012), se encontró que los hombres tienden a sobrevalorar su bienestar, ocultando sus problemas de salud detrás de afirmaciones que intentan mantener el estereotipo de fortaleza masculina. Asimismo, que tanto hombres como mujeres consideran con mayor vulnerabilidad a la mujer: explicado en los diálogos masculinos

a través de causas biológicas y a través de los discursos femeninos por sobrecarga de responsabilidades debido a los roles de género.

Otro aspecto que evidencia la influencia de los imaginarios en torno a la masculinidad sobre los resultados en salud, tanto de hombres como de mujeres, se posibilita a través de una interpretación de los discursos de los hombres acerca del cuerpo masculino. Allí se resalta la potencia sexual y la heterosexualidad, la infidelidad es permitida y se reconoce un control y poca expresividad de las emociones. De igual modo, se evidencia la necesidad de una constante reafirmación de la masculinidad a través de la exposición a riesgos. Todos los anteriores aspectos son elementos presentes en los imaginarios masculinos (Quaresma y Ulloa, 2013; Soria, 2011).

Estas significaciones imaginarias también permean en la forma de establecer las relaciones de pareja:

La infidelidad es una característica inherente a su condición genérica. Se nos presenta como un impulso fuera del control de la voluntad masculina, víctima siempre de circunstancias que él no decidió, provocó ni previó y de las cuales no puede escapar a riesgo de quedar en duda su hombría. (Quaresma y Ulloa, 2013, p. 254)

Adicionalmente, Soria (2011) refiere que el cuerpo masculino se encuentra demandado y construido socialmente. En consecuencia, aparecen varios patrones de conducta, como la necesidad de tener control sobre el temor y el miedo, estar a la defensiva del afecto, restringir la expresión de las emociones a través de la efusividad, y por otro lado, responder en forma agresiva y con ira ante emociones que no puede controlar, de manera que se encuentran expuestos a accidentes y muertes violentas.

Continuando con el diálogo sobre el cuerpo masculino, en un estudio fenomenológico con 15 líderes sociales de Jamundí, a partir de la descripción de narrativas en torno de la masculinidad, el cuerpo y la violencia, Prado y Ramos (2020) encontraron que una de las grandes preocupaciones de estos hombres es la vejez, en tanto que se asocia con

una limitación de las funciones propias del rol masculino. Dentro de las conclusiones importantes que se obtienen de este estudio, se resalta que:

el cuerpo en las narrativas de los líderes es sujeto de violencia, el hombre pareciera estar en un limbo, pagando un costo alto en el orden de lo emocional, al tener que revalidar constantemente su condición de ser, sujeto hombre, sujeto masculino. (p. 960)

Por otra parte, vale señalar que las actitudes de los demás pueden influir tanto positiva como negativamente en los comportamientos de autocuidado, todo depende de si son expresiones de apoyo o de juicio. Godfrey et al. (2010) refieren un ejemplo al respecto. Al realizar una revisión sistemática acerca de la experiencia de participar en actividades de cuidado personal, concluyeron que el abandono del autocuidado se da en gran medida cuando los pacientes sienten que no tienen apoyo. Lo particular de esta situación se da empezando por los mismos profesionales en salud.

En relación con el último aspecto, se ha documentado que los médicos generales masculinos, al compartir ciertas opiniones debido a los significados otorgados a la masculinidad, representan una barrera para el acceso a los servicios de salud a través del fenómeno de transferencia y contratransferencia (Hale et al., 2010). Los médicos tienden a pensar que un hombre consulta, la mayoría de las veces, por problemas triviales. Tal respuesta es percibida por el paciente y este tiende a desmotivarse y evitar consultar.

De igual manera, se ha referido cómo ciertas creencias asociadas a la masculinidad se convierten en una barrera de acceso a los servicios de salud. Corboy et al. (2011), por ejemplo, describen que la tendencia a una negación de la necesidad de apoyo en vez de resolverla impacta en cómo los profesionales de apoyo psicosocial determinan quién necesita realmente la atención y quién no. En el mismo sentido, otros autores como Ferreira y Teixeira (2012) se refieren a las creencias de los hombres que se convierten en barreras de acceso, afirmando que “el ideal de virilidad, combinado con el sentimiento de invulnerabilidad a la enfermedad, mantiene a los hombres fuera de los establecimientos” (p. 343).

Asimismo, Gomes et al. (2007) mencionan otras de estas creencias en el estudio de las razones por las que los hombres consultan menos que las mujeres encontrando que se considera el cuidado como una tarea femenina, además, que existen dificultades relacionadas con el trabajo y el acceso a los servicios sanitarios, con escasez de servicios dirigidos específicamente para los hombres, lo cual limita su utilización.

Todos estos patrones de conducta reflejan el influjo que tienen los modos de subjetivación del género en la forma en que se consulta al médico respecto a los malestares físicos manifestados, así como las relaciones afectivas y sociales que se establecen, las conductas sexuales, ya que son el resultado del ejercicio constante de validación de la identidad masculina.

### **Masculinidad, salud y dinámica familiar**

En el mismo contexto que se entiende la sexualidad para el varón, así mismo se entiende la paternidad. Como consecuencia, es frecuente el abandono de los hijos y de la madre en gestación, pues la responsabilidad tanto de la planificación como del cuidado de los hijos se le ha otorgado casi por completo a la mujer. Esto dentro de los significados que la masculinidad hegemónica le ha asignado a la paternidad.

Ortega et al. (2005), en una extensa descripción de la masculinidad y los factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres en Centroamérica, sostienen que, dentro de las relaciones de poder que se dan en una cultura machista, la capacidad reproductiva de la mujer se encuentra bajo el control del hombre. Sin embargo, no existe responsabilidad en la reproducción, pues en la noción de una familia tradicional no existe una consideración de la necesidad de planear la familia porque esta debe darse de manera natural. Esta situación se encuentra con mayor frecuencia en áreas rurales que en las urbanas, aunque es predominante en ambos escenarios. En el mismo sentido, la responsabilidad sobre la paternidad es entendida como una obligación de aporte económico; por lo demás, no se asumen responsabilidades de brindar afecto o cuidados que vayan más allá de lo económico.

Las relaciones de poder dentro de la pareja y la familia están dadas no solo por la jerarquía que existe entre padres e hijos, sino también, por un rango superior otorgado al hombre, como se observó en un estudio cualitativo realizado por Barba y Gómez (2016, p. 222) en Bucaramanga, Santander. Allí los hallazgos ilustraron las relaciones de poder dentro del entorno familiar, en lo público y lo privado. Se manifestó en la percepción de hombres y mujeres de que la masculinidad se vincula con “la fuerza, la responsabilidad de y sobre la pareja y las hijas e hijos. Se percibe al hombre como proveedor, cuidador, pero también castigador y dueño de la fuerza física y de las decisiones finales”.

En el departamento de Boyacá se ha explicado el rol que juega el hombre dentro de la crianza de los hijos y se ha encontrado que este limita su participación en la familia, casi exclusivamente a una función económica. Al respecto, se aduce que las prácticas de crianza son únicamente responsabilidad de las mujeres. Así lo han descrito Triana, Ávila y Malagón a partir de un estudio cualitativo realizado con cuidadores y cuidadoras de niños menores de 5 años y que incluye enfermeros y enfermeras jefes de los centros de salud de 78 municipios de Boyacá. En el estudio se concluye que:

La figura paterna se constituye en la gran ausente de las narraciones de las rutinas diarias de las participantes a los talleres sobre comportamientos y prácticas de crianza en Boyacá. De 78 municipios solo en 13 casos (11 %) aparece en las narraciones una figura de padre, papá, esposo o marido. (Triana et al., 2010, p. 939)

Algunas iniciativas recientes en el departamento de Boyacá han surgido de la voluntad de varios profesionales en salud, en su mayoría médicos especialistas, a través del Proyecto “Epigenética y neurodesarrollo para Boyacá”, desarrollado con el apoyo de la Gobernación de Boyacá y la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (2020). Dicho proyecto busca la protección y el cuidado de la vida desde la gestación, a fin de procurar crear nuevas realidades para que la niñez desarrolle todo su potencial y se garantice el desarrollo de individuos sanos, inteligentes y felices.

Para tal objetivo, se plasmaron en un libro, que lleva el mismo nombre, datos geográficos, epidemiológicos y opiniones aportadas por las comunidades acerca de los problemas que afectan la salud de la población gestante y de primera infancia, información dada a partir del contexto de cada provincia del departamento. Como resultado, en todas las descripciones de los árboles de problemas, se resalta la ausencia de rol paterno como apoyo a las gestantes y en la participación de la crianza de los hijos, así como formas hegemónicas de masculinidad que ocasionan situaciones de violencia intrafamiliar en los hogares, con diversas consecuencias para la salud de las maternas y los individuos en formación (Gobernación de Boyacá y Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2020).

Estas evidencias de la influencia de las identidades masculinas y conductas derivadas de las mismas en múltiples efectos para la salud individual, familiar y comunitaria ponen de manifiesto la necesidad de investigar e intervenir aquellas formas de subjetivación del género que crean inequidades en salud.

## **Inclusión de los hombres en el debate de la salud**

Con conocimiento de las necesidades particulares de los hombres en torno a la pluralidad de elementos identitarios masculinos que pueden generar inequidad en salud, se han descrito los aspectos a reconocer por los servicios de atención primaria. Esto permite una atención en salud más equitativa con los hombres, en pro de su salud y la de su familia. Lo anterior se estima a partir del enfoque central que en las mujeres tiene la atención primaria, reproduce desigualdades de género en los servicios de salud y el desempeño profesional. De ahí que se requiere prestar más atención a la opinión de los usuarios de género masculino, adaptando la prestación de los servicios a dichas necesidades en búsqueda de una eliminación de inequidades en la atención (Schraiber et al., 2010).

Estos resultados son concordantes con lo encontrado por Soria (2011), quien describe que los programas de salud, comúnmente centrados en la atención de las madres, los niños y niñas, favorece el distanciamiento progresivo de los varones en la etapa de la adolescencia.

Además, los profesionales en salud reproducen un modelo de atención que naturaliza la poca presencia de los hombres en los servicios de salud y sus comportamientos de riesgo, incluso minimizando sus síntomas, en cambio, se enfatiza en la necesidad de retorno rápido de vuelta al ambiente laboral.

Si se entiende la masculinidad como un constructo cultural en el que múltiples agentes tienen influencia, se sabrá que, para influir en ella de manera positiva, en pro de la salud de aquellos que se identifican con estas ideas, se debe actuar desde diferentes sectores. Se entiende así que se necesita un compromiso con la inclusión de los hombres en el debate de la salud, en especial si se intenta modificar los elementos de la vivencia del género que representan un riesgo en salud, tanto para el individuo como para quienes al encontrarse cerca resulten perjudicados, sea al observar ejemplos negativos o al ser víctimas de las conductas violentas.

En este sentido, los efectos de la inclusión de los hombres en el debate de la salud no solo son a favor de la salud masculina, sino que también se producen cambios a favor de la salud de la red familiar de estos individuos, lo que beneficia a mujeres y niños a partir de otras configuraciones de paternidad (Ferreira y Teixeira, 2012, p. 345).

Al partir del hecho de tener en cuenta que la decisión de participar o no en actividades preventivas dependerá de la noción y de la percepción del riesgo, así como de la ausencia de barreras psicológicas para actuar (Borges y Fleury, 2013), existen propuestas de diferentes autores que buscan alcanzar estos objetivos como producto de los hallazgos realizados en sus investigaciones. Millar y Houska (2007) describen el Modelo de Procesamiento Paralelo Extendido (MPPE), propuesto por Leventhal (1970) que luego fue modificado y ampliado por Witte (1992, 1994). El modelo describe la forma en que las personas procesan información amenazante al estimular dos evaluaciones cognitivas: el control del miedo o el control del peligro, con respecto a, si el individuo tiende a buscar protección y huida o hacerles frente a situaciones de riesgo.

Esto toma importancia porque, cuando el individuo tiende a controlar el miedo y no hacerle frente al peligro, se encuentra en una posición



defensiva que impide que cambie su comportamiento y, por el contrario, busque evitar el problema, negando el riesgo que implica su comportamiento actual (Millar y Houska, 2007, p. 403).

A partir de este modelo se demostró que, a través de mensajes de reducción del miedo (en vez de mensajes de reducción del peligro que es lo usual) en participantes altamente masculinos, es posible alentar comportamientos para la promoción de la salud y la participación en actividades de prevención secundaria, incluso cuando la persona utiliza el mecanismo de control del miedo (Millar y Houska, 2007).

La forma en que se transmite un mensaje es importante, pero también es importante la eliminación de las barreras en el ambiente que impiden la búsqueda de ayuda en salud, especialmente si se trata del médico. Así como el paciente tiene sus propios conceptos de lo que es y no es masculino, el profesional de la salud (sea hombre o mujer) debe tomar consciencia de sus propios supuestos relacionados con la masculinidad para que estos no influyan negativamente en su actuar médico.

Wentzell y Nangia (2018) proponen dos intervenciones para lograrlo, primero, considerar dentro de la práctica clínica la influencia del género, el cual se configura de acuerdo con el contexto y no como algo universal susceptible de ser predicho. Segundo, dejando de asumir que sabemos cómo el paciente cree que debe sentirse y comportarse, de manera que se tenga siempre en cuenta la opinión del paciente para la toma de decisiones terapéuticas y que no sea la opinión del sanitario la que influya en las decisiones.

## **Conclusiones**

Las manifestaciones conscientes o inconscientes de la masculinidad son el resultado de la construcción social de identidades masculinas que, en muchas ocasiones, otorgan al varón en los imaginarios adjetivos que se relacionan con la fuerza, la resistencia, la potencia sexual, la capacidad económica y la responsabilidad proveedora. Pero no basta simplemente con asumirlos, sino que se necesita de la validación constante y la aprobación social para mantener el estatus de masculino. Aspecto

que tiene unas implicaciones en términos de salud que va a depender de los elementos que hayan hecho parte de la construcción de esas identidades masculinas. Y esto se encuentra determinado por la influencia del contexto cultural, los modelos masculinos dispuestos en el entorno de la persona y el capital cultural que le va a permitir al individuo reflexionar, más allá de los estándares exigidos por la sociedad, lo que es correcto de lo que le perjudica a él y a los demás.

En términos de salud, dichas implicaciones se relacionan con conductas de autocuidado que, a su vez, se relacionan con el valor que da el hombre a su propio cuerpo en contexto de su identidad masculina. Igualmente, con la adopción de ciertos elementos y prácticas como símbolo de la masculinidad, muchas veces elementos que motivan hábitos nocivos para la salud como el tabaco y el alcohol; también se relacionan con la sexualidad irresponsable y con la violencia como forma de resolución de conflictos o de validación del rol masculino en la familia y la sociedad.

Estos comportamientos pueden aumentar el riesgo de lesiones y enfermedad, conducir a la pérdida de un momento importante para el diagnóstico precoz y, con ello, agravar la morbilidad, lo que implica mayor sufrimiento físico y emocional, aumentar el riesgo de muerte y el gasto de recursos de salud. Además, favorece el desarrollo de ambientes familiares hostiles y violentos en los cuales crece y se desarrolla la infancia de hoy y la sociedad del mañana.

La forma en que las creencias y los conceptos culturales definen la conducta del ser humano se constituyen en un aspecto que tiene muchas implicaciones en salud. Un ejemplo de ello es el concepto de masculinidad que se construye en cada cultura, de lo que se considera o no se considera masculino. Este concepto de masculinidad no solo se comporta como determinante en salud en la medida en que el hombre tome conductas de riesgo, de autocuidado o de violencia contra los demás, sino también al exteriorizarse en las actitudes que el personal médico tiene ante las quejas somáticas del paciente; aspecto que termina influyendo en la interpretación y conducta terapéutica. Por ello, los médicos de familia deben comprender el significado y los comportamientos de las masculi-

nidades; particularmente, en relación con elementos que se comportan como factores de riesgo en salud. Así, se debe buscar la eliminación de barreras, mejorar la relación médico-paciente y fortalecer la comunicación para que, de esta forma, se pueda afectar positivamente la salud.

Por otra parte, actualmente en Colombia se observa cómo las diferentes estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están dirigidas en su mayoría al público femenino. No obstante, sin menospreciar la importancia ni relevancia que tienen estos programas en la disminución de una gran proporción de la carga de morbimortalidad, para poder realizar cambios significativos y de raíz en la salud femenina, en primera infancia, en equidad de género y disminución de la violencia, en general, se requiere establecer políticas públicas dirigidas al fomento de identidades masculinas. Políticas que estén en armonía con el cuidado de la salud del hombre como individuo, como miembro de una familia y de la comunidad, así como dirigidas a la eliminación de las barreras en la atención.

Si bien es cierto que no existe una única forma de sentir y de manifestar el género, también se sabe que no todas las expresiones de identidad masculina se relacionan con factores de riesgo para la salud sino, más bien, como factores protectores. Por ello, los ciudadanos, los profesionales en salud y los gobernantes, juntos en comunidad, necesitamos trabajar en la conformación de identidades de género más equitativas que permitan la construcción de individuos y familias gestantes de paz, que sean el sustrato para la formación de infancias felices y comunidades saludables. Lo anterior con el objetivo de eliminar las diferencias que generan resultados en salud para los hombres y los grupos inmediatos de referencia que son inequidades en salud, pues no en todos los casos esta se relaciona con riesgos para la salud, y ya que la expresión de la masculinidad no es natural o innata, sino construida socialmente, dichas conductas de riesgo son evitables.

## Referencias

- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health*; (62)e13, p. 1-5. doi:10.1136/jech.2007.066159
- Abou Orm, K. y Camacaro Cuevas, M. (2013). Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. *Comunidad y Salud*, 11(1), pp. 25-34. <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740252005.pdf>
- Al-Ghabeesh, S. H., Al-Momani, M., Bashayreh, I., Alshraifeen, A. y Saifan, A. (2019). Nurses' perspective towards caring for Jordanian men with sexual health problems. *Journal of Men's Health*, 15(2), e59-e69. DOI: 10.22374/jomh.v15i2.146
- Aparicio García, M., Sanz Blasco, R. y Ramos Cejudo, J. (2011). Relaciones entre masculinidad y conductas de salud en estudiantes universitarios españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(31), 59-71. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645439004>
- Barba Rincón, A. y Gómez Camacho, R. (2016). Percepciones acerca de la masculinidad en un grupo de hombres y mujeres del Área Metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia *Reflexión Política*, 18(36), 212-223. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11049415015>.
- Borges, L. M. y Fleury Seidl, E. M. (2013). Efeitos de intervenção psicoeducativa sobre a utilização de serviços de saúde por homens idosos. *Interface - Comunicação Saude Educação*, 17(47), 777-778. DOI: 10.1590/S1414-32832013005000024.
- Carneiro Mussi, F. y Brito Teixeira, J. (2018). Cardiopatía isquémica y masculinidad como factores de riesgo cardiovascular. *Rev Cubana Enfermer*. 2018, 34(2), 370-383. <http://scielo.sld.cu/scielo>.

php?script=sci\_arttext&pid=S0864-03192018000200011&lng=es&tlng=.

Chikovore, J., Hart, G., Kumwenda, M., Chipungu, G., Desmond, N. y Corbett, L. (2014). Control, struggle, and emergent masculinities: a qualitative study of men's care-seeking determinants for chronic cough and tuberculosis symptoms in Blantyre, Malawi. *BMC Public Health*, 14, 1-12. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1053>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México [CNDH]. (2018). Respeto a las diferentes masculinidades. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez\\_familia/Material/trip-respeto-dif-masculinidades.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-respeto-dif-masculinidades.pdf)

Corboy, D., Mc Donald, J. y Mc Laren, S. (2011). Barriers to Accessing Psychosocial Support Services among Men with Cancer Living in Rural Australia: Perceptions of Men and Health Professionals. *International Journal of Men's Health*, 10(2), 163-183. DOI: 10.3149/jmh.1002.163

Corral Martín, A., Castañeda Abascal I., Barzaga Torres, M. y Santana Espinosa, M. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36(1)66-77. <https://www.scielosp.org/article/resp/2010.v36n1/66-77/>

De Keijzer, B. (1997). "El varón como factor de riesgo, Masculinidad, salud mental y salud reproductiva". En TUÑÓN, E. (coord.) *Género y salud en el sureste de México*. UJAT/ECOSUR. [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/E1%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/E1%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf)

De la Espriella, R., Rodríguez, V., Rincón, C., Cabrera, D., Pérez, S. y Gómez, C. (2016). Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colom-*

*biana de Psiquiatría*, 45(S1):76–88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.002>

Ferreira do Nascimento, E. y Gomes, R. (2008). Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(7):1556-1564. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000700010

Ferreira Machado, M. y Teixeira Ribeiro, M. A. (2012). Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. *Interface - Comunicação Saude Educação*, 16(41), 343-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000029>.

García Calvente, M., Hidalgo Ruzzante N., Del Río Lozano, M., Marcos, J., Martínez Morante, E., Maroto Navarro, G., Mateo Rodríguez, I. y Gil García, E. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociol Health Illn.* 34(6):911-26. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x.

Gobernación de Boyacá y Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia [UPTC]. (2020). *Epigenética y neurodesarrollo para Boyacá. Una nueva campaña libertadora a través de la gestación y la primera infancia.*

Godfrey, C., Harrison, M., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. y Oakley, P. (2010). The experience of self-care: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 8(34),1351-1460. DOI: 10.11124/01938924-201008340-00001

Gofin, J. y Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública orientada a la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública* 21 (2/3), 177-184. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/>

- Gomes, R., Ferreira do Nascimento, E. y Carvalho de Araújo, F. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574, <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
- Griffith, D., Ellis, K. y Ober Allen, J. (2013). An Intersectional Approach to Social Determinants of Stress for African American Men: Men's and Women's Perspectives. *Am J Mens Health*. 7(4 Suppl): 19S–30S. doi:10.1177/1557988313480227
- Hale, S., Grogan, S. y Willott, S. (2010). Male GPs' views on men seeking medical help: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15, 697–713. DOI:10.1348/135910709X479113
- Lems, E., Hilverda, F., Broerse, J. y Dedding, C. (2019). 'Just stuff yourself': Identifying health-promotion strategies from the perspectives of adolescent boys from disadvantaged neighbourhoods. *Health Expectations*, 22, 1040–1049. DOI: 10.1111/hex.12913
- Marcos, J., Romo, N., del Río Lozano, M., Cuadros, J. y García, M. (2013). Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men. *Glob Health Action*, 6: 21134 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.21134>.
- Millar, M. G. y Houska, J. A. (2007). Masculinity and Intentions to Perform Health Behaviors: The Effectiveness of Fear Control Arguments. *Journal of Behavioral Medicine*, (30), 403–409. DOI 10.1007/s10865-007-9113-8
- Ministerio de Salud y Protección social [MinSalud]. (2015). La Equidad en salud para Colombia: Brechas internacionales y territoriales.
- Ministerio de Salud y protección social [MinSalud]. (2019). Análisis de Situación de Salud de Colombia.

- Organización Panamericana de la Salud. (2009). <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Ortega, M., Centeno, R. y Castillo, M. (2005). *Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres: estudio en cuatro países de Centroamérica*. Editorial Managua. UNFPA-CEPAL, pp. 1-303
- Prado Delgado, V. y Ramos González, B. (2020). Narrativas sobre masculinidad, cuerpo y violencia en un grupo de líderes sociales colombianos. *Opción*, Año 36, Regular No.92; 939-967.
- Quaresma, D. y Ulloa, O. (2013). Estudios de masculinidades en la región oriental de Cuba: develando imaginarios. *Athenea Digital*, 13(2): 245-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53728035016>
- Rochelle, T. L. (2019). Cross-cultural differences in the relationship between conformity to masculine norms and health behaviour among men in Hong Kong. *British Journal of Health Psychology*, 24, 159–174. DOI:10.1111/bjhp.12345
- Serret, E. (2011). Hacia una definición de las identidades de género. *Revista de Investigación y divulgación sobre los estudios de género*. 9 (2) 71-97. [http://bvirtual.ucol.mx/descargables/663\\_hacia\\_redefinicion\\_identidades.pdf](http://bvirtual.ucol.mx/descargables/663_hacia_redefinicion_identidades.pdf)
- Schraiber, L., dos Santos Figueiredo, W., Gomes, R., Couto, M., Pinheiro, T., Machin, R., Nogueira da Silva, G. y Valença, O. (2010). Necesidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Skovdal, M., Campbell, C., Madanhire, C., Mupambireyi, Z., Nyamukapa, C. and Gregson, S. (2011). Masculinity as a barrier to men's use of HIV services in Zimbabwe. *Globalization and Health*, 7(13), 2-14. <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/13>



- Sloan, C., Gough, B. y Conner, M. (2010). Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychology and Health*, 25(7), 783–803. DOI: 10.1080/08870440902883204
- Soria, M. (2011). *Malestares masculinos recorridos en el sistema de salud* [Tesis de maestría, FLACSO] En Área Género Sociedad y Políticas (comp.) (2018): Estudios de género, disidencias sexuales, y masculinidades. Los entornos de la salud y el trabajo. Ediciones Sinergias. Cuadernos del Área Género, Sociedad y Políticas – FLACSO Argentina, Serie de trabajos Monográficos Vol. 9. [http://www.prigepp.org/media/documentos/sinergias/Sinergias\\_OK.pdf#page=32](http://www.prigepp.org/media/documentos/sinergias/Sinergias_OK.pdf#page=32)
- Triana, A., Ávila, L. y Malagón, A. (2010). Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyacá. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), p. 933-945. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77315155012>
- Vega, J., Solar, O., Irwin, A., Hernández, S., Sandoval, H., Delgado, I., Larrañaga, O., Espejo, F., Matamala, M., Gálvez, E., Concha, M., Labbé, J., Matus, P. y Salinas, J. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. [https://www.researchgate.net/publication/331984362\\_Determinantes\\_Sociales\\_de\\_la\\_Salud\\_en\\_Chile\\_En\\_la\\_Perspectiva\\_de\\_la\\_Equidad](https://www.researchgate.net/publication/331984362_Determinantes_Sociales_de_la_Salud_en_Chile_En_la_Perspectiva_de_la_Equidad)
- Wentzell, E. y Nangia, A. (2018). Accounting for physicians' gender expectations improves men's health medicine. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42) e103. DOI: 10.26633/RPSP.2018.103