



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLGÍA

REPRESENTACIONES DE MASCULINIDADES EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN CHILE

SEBASTIÁN SÁEZ VERGARA

Profesora Guía: Margarita Bernales, PhD

Comité de Tesis: Eduardo Undurraga, PhD

Paula Repetto, PhD

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad
Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de
la Salud

Julio, 2021

Santiago, Chile

AGRADECIMIENTOS

Estoy profundamente agradecido de Margarita Bernales, mi profesora guía y amiga, y de Eduardo Undurraga y Paula Repetto, miembros de mi comité de tesis. También agradezco a Sebastián Madrid por su apoyo durante este proceso.

También estoy inmensamente agradecido de mi familia por su apoyo incondicional en este recorrido profesional que he escogido.

Agradezco finalmente a mi amiga y compañera Verónica Faundez por su constante apoyo tanto intelectual como emocional.

Índice

Resumen de Tesis.....	4
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Género y políticas públicas.....	8
Material y Métodos.....	11
Tipo de estudio.....	11
Procedimientos.....	12
Técnica de Análisis.....	13
Criterio de rigurosidad y confiabilidad.....	14
Consideraciones éticas.....	14
Resultados.....	15
Área Salud Sexual & Reproductiva.....	17
Área Salud Mental & Violencia.....	22
Discusión.....	27
Conclusión.....	29

Índice de cuadros

Cuadro 1. Características de participantes incluidos en la investigación.....	12
Cuadro 2. Documentos seleccionados y frecuencias de palabras claves.....	16

Resumen de Tesis

La presente investigación tuvo como objetivo comprender las representaciones de las masculinidades en las políticas públicas de salud en Chile. Este objetivo es relevante dado que los hombres chilenos presentan peores resultados de salud que las mujeres en áreas de salud sexual y reproductiva, salud mental y violencia. Estos resultados han sido explicados por las inequidades de género, siendo la construcción social de la masculinidad y las políticas públicas elementos relevantes para su consideración.

Para responder a este objetivo, se realizó tanto una revisión documental de programas y políticas del área de la salud sexual y reproductiva, salud mental, violencia y ciclo vital, y un análisis secundario de datos cualitativos de entrevistas a trabajadores de la salud, actores claves y expertos. Estos datos fueron analizadas a través de un análisis de contenido-temático.

Los principales hallazgos constatan que la presencia masculina es menor que la femenina en gran parte de las áreas revisadas. Además, las representaciones de los varones suelen ser desarrolladas desde una perspectiva social- comportamental donde se concibe que la masculinidad es perjudicial para la salud. Si bien los documentos revisados incorporan principios de determinantes sociales de la salud y género, estos no son utilizados para explicar los magros resultados de salud en varones, tendiendo a establecer una mirada individual y culpabilizadora.

De esta forma, se hace necesario transitar hacia miradas inclusivas que asuman la diversidad de hombres y masculinidades, el contexto social y la capacidad de cambio que ellos pueden generar, pues de lo contrario las necesidades de los hombres seguirán sin profundización en las políticas públicas de salud. Sobre este último aspecto, las futuras investigaciones en el área deberían profundizar la mirada representacional de las masculinidades en las políticas públicas de salud en Chile, incorporando las orientaciones técnicas y a tomadores de decisión que diseñan y elaboran estas políticas, en conjunción con la evidencia que actualmente se produce en el campo de la salud masculina.

Introducción a la tesis y formato en que será presentada

La investigación en salud a nivel mundial, regional y nacional ha establecido que los hombres presentan pobres resultados de salud en comparación con las mujeres, teniendo mayores proporciones de lesiones, enfermedades crónicas, invalidez y tasas de mortalidad (1-2), además de mantener comportamientos de riesgos y frecuentar en menor medida los servicios de salud (3).

La literatura ha consensuado que estos resultados en la salud de los varones se deben a *inequidades de género* (7), donde la construcción social de la masculinidad y las políticas públicas desempeñan un papel relevante. Por un lado, el género ha sido concebido como un determinante estructural de la salud (10), siendo un elemento importante en los estudios de salud masculina. Este campo de estudio ha desplegado diferentes significaciones sobre género, tomando mayor relevancia aquella clínica-patológica y otra social-comportamental (13). Por otro lado, el género se refleja implícita o explícitamente en toda política, pues la política en sí misma está *generizada*, y en consecuencia, es necesario concebir que las leyes y las políticas que afectan a las mujeres involucran a los hombres (y viceversa), ya sea por diseño y/u omisión (17).

En base a las miradas sobre cómo se desenvuelve el género, las políticas públicas y los resultados de salud en hombres, es que esta investigación busca comprender las representaciones de las masculinidades en las políticas públicas de salud en Chile. Para lograr este objetivo, esta investigación se inscribe en una perspectiva cualitativa, en base a un diseño de investigación documental de las principales políticas y programas del área de la salud sexual y reproductiva, salud mental-violencia y ciclo vital. A su vez, también se incluyó un análisis secundario de datos cualitativos de entrevistas a trabajadores de la salud, actores claves y expertos. Estos datos fueron analizados a través de un análisis de contenido-temático.

A continuación, se encuentra el documento del trabajo de tesis. El manuscrito está elaborado para ser enviado a revisión a la revista ***Saúde Pública***. Actualmente, la Revista se publica en español, portugués e inglés y está indexada en las principales bases de datos bibliográficas, como PubMed Central (PMC), PubMed / Medline, Web of Science, entre otras.

Representaciones de masculinidades en las políticas públicas de salud en Chile

Resumen

Introducción: Los hombres alrededor del mundo presentan peores resultados de salud que las mujeres en lesiones, enfermedades crónicas, invalidez y tasas de mortalidad. Las explicaciones de estos resultados han remitido a las inequidades de género, pues las masculinidades y las políticas públicas contribuyen a que existan diferencias en salud. **Objetivo:** Comprender las representaciones de las masculinidades en las políticas públicas de salud en Chile. **Método:** Desde un diseño metodológico cualitativo, se realizó una revisión documental de programas y políticas del área de la salud sexual y reproductiva, salud mental, violencia y ciclo vital, incluyendo adicionalmente la revisión de 10 entrevistas a trabajadores de la salud, actores claves y expertos. Se realizó un análisis de contenido temático, utilizando software NVivo. **Resultados:** Los principales resultados constatan que la presencia masculina es menor que la femenina en las políticas públicas de salud, y que las representaciones de los varones suelen tener una perspectiva social- comportamental donde se concibe que la masculinidad es perjudicial para la salud. **Conclusión:** Los hallazgos instan a incluir una mirada inclusiva de los hombres y las masculinidades, su contexto social y capacidad de cambio a fin de poder abordar vulnerabilidades y necesidades específicas de la salud de los hombres en Chile.

Palabras Claves: Masculinidades; Políticas Públicas; Salud de los hombres; Chile

Introducción

La investigación en salud a nivel mundial ha establecido que los hombres presentan pobres resultados de salud en comparación con las mujeres, teniendo mayores proporciones de lesiones, enfermedades crónicas, invalidez y tasas de mortalidad (1,2). A lo anterior se le suma que los hombres mantienen mayores comportamientos de riesgos y utilizan en menor medida los servicios de salud (3).

Latinoamérica no está exenta de esta realidad pues existe una brecha en la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres de 5,8 años (4). Las principales causas de muerte se deben a la violencia interpersonal (con una razón de 7 hombres por cada 1 mujer), los traumatismos debido al tránsito y los suicidios (las muertes de hombres triplican a las de mujeres), y más del doble de muertes masculinas son consecuencia del VIH/SIDA, el consumo de drogas y la cirrosis hepática. Según diferentes reportes epidemiológicos, Chile establece cifras concordantes a las que se presentan a nivel mundial y regional (5,6), pues el diferencial de esperanza de vida al nacer a nivel nacional es en promedio de 6 años más para las mujeres, donde las principales causas de muerte para los hombres chilenos giran en torno a las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las causas externas como los suicidio y los accidentes de tránsito. Además, toma especial interés en la salud de los hombres las áreas de la salud sexual y reproductiva, debido a las infecciones de transmisión sexual, siendo un lugar donde los hombres superan ampliamente a las mujeres; y aquellas que remiten a la salud mental y violencia, particularmente por los suicidios, consumo de sustancias y violencia de género.

En la actualidad, la literatura ha consensuado que estos resultados en la salud de los varones se deben a las *inequidades de género*, entendidas como las diferencias sistemáticas en las circunstancias políticas, sociales y económicas entre hombres y mujeres (7). Reconocer estas diferencias supone, necesariamente, detenerse a considerar que el orden de género actual, estructurado en lo que se ha denominado *el patriarcado*, favorece orgánicamente a los varones por sobre las mujeres en las diferentes esferas mencionadas. Sin embargo, también es relevante mencionar que la

construcción social de la masculinidad hegemónica, uno de los principales mecanismos de legitimación del patriarcado (8), abre vulnerabilidades en los hombres pues jerarquiza a determinadas formas de masculinidad y promueve prácticas lesivas para su salud (9). Kavanagh y Graham (2019) sugieren que la construcción social de la masculinidad y los procesos políticos, sociales y económicos son elementos centrales para explicar las inequidades de género.

Por una parte, el género ha sido una de las principales maneras para explicar estos resultados en salud, pues se ha establecido como un determinante estructural (10), que impacta en las creencias y prácticas que los hombres desplegarían para configurar sus formas de masculinidad. Por otra, los procesos políticos, sociales y económicos, influyen en la salud de las poblaciones a través de diseños de políticas y programas que establecen provisión de recursos y prestaciones que buscan dar respuesta a diferentes necesidades.

La consideración de la política como un aspecto *generizado*, en conjunto con las construcciones sociales de la masculinidad y la feminidad, es necesaria para entender sus alcances en una materia tan importante como lo es la salud. La presencia o ausencia del sujeto masculino en las diferentes políticas y programas debe ser revisada a fin de entender sus alcances con respecto a la salud de los hombres, ya que determinadas formas de entender a los varones y su masculinidad orientaran los recursos y prestaciones que esta población recibirá.

Género y políticas públicas

El vínculo entre género y salud ha sido ampliamente fundamentado (11), siendo concebido como un determinante estructural de las condiciones de vida que ayuda a explicar las disparidades en salud (10). En esta materia, Connell (2012) ha identificado que las ciencias de la salud establecen diferentes significaciones sobre género, muchas de ellas equivalentes con sexo -remitiendo a las características biológicas de los cuerpos-, o entendiéndolo como un conjunto de expectativas y papeles que exige la sociedad en torno al rol masculino o femenino. Ambas miradas, según Connell, tienen una pretensión categorial pues buscan dicotomizar a la sociedad en hombres y mujeres

según características biológicas o roles sociales, negando la ambigüedad en los cuerpos o la pluralidad al interior de los grupos de hombres y mujeres. Por ello, propone entender al género como “una relación que involucra a las personas y categorías, vincula cuerpos e instituciones (...), y otorga un lugar central a los patrones de relaciones entre mujeres y hombres, y entre las mujeres y entre los hombres” (p.1677).

Esta consideración de entender al género de diferentes maneras por las ciencias de la salud, también se observa en el campo de la salud de los hombres. Macdonald (2016) constata que habría dos vertientes en el trabajo de la salud masculina: una perspectiva clínica-patológica y otra social-comportamental. La primera se focaliza en las patologías propias de los cuerpos masculinos como el cáncer de próstata y testicular, disfunción eréctil, entre otras; mientras que la segunda concibe a la masculinidad como dañina para la salud, pues los hombres hacen “cosas malas” como no asistir a los servicios de salud, pelearse y competir, y llevar estilos de vida riesgosos. En esta mirada es en la que se inscribiría de Keijzer (2003), quien sugirió que ser varón deviene en un *factor de riesgo* al menos en tres sentidos: hacia las mujeres y niños y niñas; entre hombres por medio de la violencia; y para los mismos hombres por la necesidad de afirmar la hombría a través de conductas de riesgo. Por su parte Courtenay (2000), refiere que la diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres en Estados Unidos se debe precisamente a la configuración social de la masculinidad. En el último tiempo, de hecho, en los círculos académicos feministas se ha comenzado a utilizar el concepto de *masculinidad tóxica*, remitiendo a una construcción negativa y profundamente perjudicial de la masculinidad (15). Finalmente, la expresión *la caja de la masculinidad* es otra experiencia en esta línea, que se refiere a un conjunto de presiones y actitudes que tienen implicancias para la salud de los hombres (16).

El género se refleja implícita o explícitamente en toda política, pues la política en sí misma esta *generizada*, y en consecuencia, es necesario concebir que las leyes y las políticas que afectan a las mujeres involucran a los hombres (y viceversa), ya sea por diseño y/u omisión (17). Asociado a lo anterior, las mismas instituciones sociales perpetúan las desigualdades al no incorporar sensibilidades en base a género, pues muchas veces no se entienden como *generizadas* y, por tanto, reproducen estereotipos que tienen consecuencias en la salud (18). Además, las instituciones sociales, como las

de la salud, tienen un régimen de género (12), que organiza la composición según sexo de los profesionales de la salud e incentiva determinadas prácticas en el relacionamiento de las masculinidades y las feminidades.

Bajo estas perspectivas, se ha constatado que los diseños de las políticas y los programas de salud a nivel general presentan una preponderancia muchísimo mayor con respecto a la presencia de las mujeres en diferentes áreas de la salud, siendo el caso más emblemático la salud sexual y reproductiva (19). Sin ir más lejos, en Chile, las políticas y programas en esta arena, históricamente han sido nombradas programas de la salud de la mujer, excluyendo explícitamente la figura masculina. Esta consideración evidencia que muchas de las políticas públicas de salud en Chile, han sido pensadas para las mujeres y sus cuerpos, en desmedro de los hombres.

Animado por la pregunta de por qué no han proliferado políticas de salud para hombres, Macdonald (2006) sugerirá que han habido tres problemáticas que explican esta situación. La primera dirá relación con la falta de evidencia con respecto a la investigación y a los estudios que se han realizado sobre la salud de los hombres, en comparación con los estudios de la salud de las mujeres, pues sobre los primeros hay una tendencia a conformarse con enfoques basados en opiniones y no en estudios empíricos. La segunda razón, está asociado con la inapropiada definición de salud de los hombres, lo cual refiere a cómo la mirada epidemiológica y clínica circunscribe el campo de la salud de los varones a lo propio de sus cuerpos, focalizando en tanto en las patologías de sus órganos reproductivos. Finalmente, y, en tercer lugar, ha habido una tendencia histórica a leer los resultados de salud de los hombres según una comprensión culpabilizadora de sus conductas. Las brechas de esperanza de vida al nacer, por ejemplo, serán sencillamente entendidas como hombres siendo hombres, pues la condición masculina sería autosuficiente y no se necesitaría, en tanto, mayores explicaciones.

Por su parte, las barreras que se han identificado para realizar políticas de salud en hombres han girado en torno a la falta de compromiso de los hacedores de políticas públicas con la salud masculina, a la consideración de que el género es sinónimo de mujeres, y cierta percepción de que los hombres se comportan irresponsablemente, a la vez que serían un grupo homogéneo (21).

En vista de estos antecedentes respecto a las miradas sobre cómo se desenvuelve el género, las políticas públicas y los resultados de salud en hombres, es que esta investigación busca comprender las representaciones de las masculinidades en las políticas públicas de salud en Chile.

Material y Métodos

Tipo de estudio

Esta investigación se inscribe en una perspectiva cualitativa, en base a un diseño de investigación documental. Los criterios de inclusión de los documentos analizados fueron los siguientes: haber sido publicados entre los años 2001 y 2020 por el Ministerio de Salud en Chile; y que sean documentos vinculados a las áreas de salud sexual y reproductiva, salud mental, violencia y ciclo vital. El criterio temporal se debe a que desde esa fecha se instaura el plan AUGE que constituye un conjunto beneficios y prestaciones que son garantizados por ley. El segundo criterio remite a que son los principales campos en donde se presentan los peores resultados de salud para hombres, incorporando además aquellos documentos temáticos según etapas del ciclo vital.

Adicionalmente, esta investigación incluyó un análisis secundario de datos cualitativos (22) en base al proyecto FONDECYT N°11190286: “Masculinidades Jóvenes y Salud en el Contexto Actual de Aumento de VIH en Chile”, cuyo diseño de investigación contempló la realización de entrevistas a trabajadores de la salud, actores claves y expertos en políticas públicas sobre masculinidades y salud. Se incluyeron los datos cualitativos levantados a través de entrevistas semiestructuradas a estos participantes, a fin de complementar los resultados documentales. Los criterios de inclusión de los trabajadores de la salud fueron los siguientes: participación voluntaria; desempeño en áreas de salud sexual y reproductiva, violencia y salud mental; pertenencia laboral a la atención primaria; y contacto con usuarios hombres. Por su parte, los criterios de inclusión para actores claves y expertos fueron los siguientes: participación voluntaria;

participación en diseño o implementación de políticas y/o programas de salud en Chile. En total se analizaron 10 entrevistas: 4 trabajadores de la salud y 4 expertos y 2 actores claves (cuadro 1).

Cuadro 1. Características de participantes incluidos en la investigación

Entrevistas seleccionadas (n=10)		N
Sexo		
	Masculino	6
	Femenino	4
Perfil del entrevistado		
	Trabajador de la salud	4
	Actor Clave	2
	Expertos	4
Profesión		
	Psicólogo	3
	Enfermero	1
	Medico	1
	Matrón	2
	Abogado	2
	Trabajador social	1
Edad (años)		
	23-30	4
	31-40	1
	41 o más	5

Elaboración propia a partir de resultados presentados

Procedimientos

La recolección de los diferentes documentos seleccionados se realizó a través de una búsqueda sistemática de literatura gris según dos principales estrategias: *targeted websites* y *customized Google search engines* (23). Se localizaron páginas webs relevantes que hicieron posible la recolección de los documentos seleccionados. Estas páginas se concentraron principalmente en aquellas que fueran propiedad del Ministerio de Salud. Las palabras claves utilizadas, en diferentes combinaciones fueron:

política, programa, salud sexual y reproductiva, salud mental, violencia, ciclo vital, niños, adolescentes, adulto y vejez. En caso en que se encontrara documentos sobre la misma temática, se consideró solo el texto más reciente.

Los documentos fueron organizados de manera sistemática a través de la compilación de textos iniciales, para luego continuar con una fase analítica según criterios de pertinencia y disponibilidad. Esta fase estuvo compuesta por dos etapas: primero, según lectura de títulos que facilitó una mirada transversal de los documentos, y segundo, una lectura a cuerpo completo, que permitió la identificación de textos a fines a los criterios de inclusión propuestos.

En total se analizaron 9 documentos. Cuatro documentos pertenecientes al **área de la salud sexual y reproductiva**: Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019 (24), Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2018 (25), Estrategia de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2020 (26) y Directrices de la Respuesta Regional Integrada para la Prevención y Control del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual 2020 (27). Dos documentos pertenecientes al **área de la salud mental**: Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (28) y Programa Nacional de Prevención del Suicidio (29). Un documento para el **área violencia**: Política de Salud en Violencia de Género (30). Y finalmente, analizamos dos documentos para al **área ciclo vital**: Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescentes y jóvenes (31) y Programa Nacional de Salud de las Personal Adultas Mayores (32).

Las entrevistas del estudio original se realizaron a través de un trabajo de campo llevado a cabo durante los años 2019 y 2020 a través de una pauta de entrevistas semi estructuradas aplicada en formato virtual. Estas entrevistas fueron transcritas en forma literal.

Técnica de Análisis

Esta investigación empleó un análisis de contenido temático por su capacidad de reducción de datos, sistematicidad y flexibilidad (33). Usamos diferentes fases de

codificación. La primera fase fue realizada según la identificación textual de palabras claves que facilitarían la ubicación de significaciones sobre masculinidades en los documentos. Las palabras claves utilizadas fueron las siguientes: *sexo, género, hombre, varón, mujer, masculinidad, feminidad, transgénero y transexual*.

Una vez finalizado este proceso, se avanzó hacia una fase de codificación abierta con el objetivo de poder describir, en términos semánticos, el sentido de la palabra utilizada en el cuerpo del texto (34).

El análisis de datos cualitativos secundarios de las 10 entrevistas seleccionadas se realizó a través de una codificación temática, técnica que permite la identificación de tópicos y análisis de patrones temáticos (35). Se considero pertinente esta codificación dado que se pudieron analizar los tópicos según las áreas trabajadas por los documentos políticos y programáticos.

Ambos procesos analíticos fueron realizados a través del software cualitativo NVivo®.

Criterio de rigurosidad y confiabilidad

Esta investigación considero cuatro criterios de rigurosidad planteados por Johnson & Waterfield (2004): triangulación, flexibilidad, revisión de pares y auditoria.

Consideraciones éticas

El estudio original fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina UC y para esta investigación se consideraron los siete principios éticos propuestos por Emanuel, Wendler, y Grady (2000).

Resultados

A continuación, se presentarán los principales resultados obtenidos en esta investigación. Se comenzará describiendo los resultados de frecuencia de las palabras claves utilizadas en cada uno de los documentos, para luego profundizar estos resultados según las secciones temáticas de Salud Sexual y Reproductiva, y Salud Mental y Violencia. Estas últimas secciones describen las presencias de los sujetos masculinos en los documentos, incorporando las miradas de los entrevistados según los principales tópicos desarrollados.

Cuadro 2. Documentos seleccionados y frecuencias de palabras claves

Titulo	Sexo	Género	Hombre	Mujer	Masculino	Femenino	Total
Área Salud Sexual y Reproductiva							
Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS	44	28	52	54	21	17	216
Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	10	59	45	117	5	7	243
Directrices de la Respuesta Regional Integrada para la Prevención y Control del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual	9	0	4	6	1	1	21
Estrategia de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	27	3	17	29	2	1	79
Subtotal	90	90	118	206	29	26	559
Área salud Mental							
Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025	5	26	11	36	0	1	79
Programa Nacional de Prevención del Suicidio	10	2	11	13	2	3	41
Subtotal	15	28	22	49	2	4	120
Área Violencia							
Política de Salud en Violencia de Género	3	86	10	139	1	3	242
Área Ciclo Vital							
Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescentes y jóvenes	82	44	70	127	7	7	337
Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores	45	34	130	143	10	24	386
Subtotal	127	78	200	270	17	31	723
Total General	235	282	350	664	49	64	1644

Nota: Todas las palabras claves fueron analizadas incluyendo términos prep para incorporar sufijos relevantes
Se excluyo transgénero y transexual debido a baja frecuencia

Elaboración propia a partir de resultados presentados

Según se puede observar en el cuadro 2, la presencia del uso de la palabra mujer es aproximadamente el doble en comparación con los hombres a nivel general. Esta razón también se observa en casi todas las secciones a excepción del área violencia. En los documentos en donde existe mayor equilibrio entre ambas palabras, se pueden encontrar en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio y el Programa Nacional de Salud de las Personal Adultos Mayores.

Área Salud Sexual & Reproductiva

En los documentos revisados sobre salud sexual y reproductiva se reconoce que ha habido una mayor presencia de las mujeres por sobre los hombres en las políticas y programas del área. Este es un elemento en el cual coinciden los entrevistados, pues señalan que las políticas de salud sexual y reproductiva tienen como objeto fundamental a las mujeres debido a la importancia de la maternidad, con especial énfasis al binomio madre-hijo. De esta forma, las intervenciones y tecnologías en esta temática estarían organizadas fundamentalmente para los cuerpos femeninos.

“el Programa de Salud de la Mujer es una política dirigida a mujeres heterosexuales, en edad fértil (15 a 49 años), con inclusión de los hombres en tanto parejas. Los hombres no son los destinatarios de prestaciones específicas en salud sexual y salud reproductiva (Faúndez, 1997), como tampoco las mujeres que tienen sexo con mujeres. Esta característica programática está vinculada al paradigma que alude a que la reproducción descansa en la responsabilidad de las mujeres heterosexuales y lo refuerza, invisibiliza las necesidades de salud de los varones en esta área y no contribuye a involucrarlos en su responsabilidad y compromiso con la paternidad” (Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2018, p.10)

“¿Pero, igual hay que mirar la historia de eso... Ah? La historia del tema sexual y reproductivo... Es que son intervenciones dispositivos y tecnologías principalmente sobre el cuerpo de la mujer (...) Entonces, la intervención es por lo menos salud sexual y salud reproductiva, me atrevería a pensar que continúa este... Como... paradigma de que lo que se interviene es el cuerpo de las mujeres... principalmente y no así o no tanto en el cuerpo de los de los hombres” (Entrevista a experta en Políticas Públicas, Mujer, 43)

Sin embargo, tanto la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (25) como el Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019 (24) mencionan que el género es un determinante social de la salud y, por lo tanto, abogan por incorporar una perspectiva de género, clave para enfrentar las inequidades de

salud entre hombres y mujeres. En base a esta mirada, reconocen que los hombres y las mujeres tienen necesidades específicas, y que el orden de género, desde una perspectiva de roles sexuales, desencadena resultados en salud disimiles entre ambos grupos.

En esta línea, uno de los aspectos que destacan es que la sexualidad para los hombres sería una “experiencia sin límites” (24) siendo la fuente sobre la cual radicarían las dificultades para generar acciones preventivas para este grupo. Por su parte, las mujeres tendrían mayores dificultades de establecer prácticas sexuales preventivas con sus parejas hombres debido a las asimetrías de poder al interior de las mismas, dificultando, en última instancia, la capacidad de negociación y acuerdo en el uso de condón u otras medidas preventivas.

“la incorporación del enfoque de género en la salud busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual, debido a que la diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas, originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud a lo largo de todo el ciclo de vida” (Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019 ,p.49)

“Por otra parte, la manera de entender la sexualidad de hombres y mujeres también puede incidir en que algunos hombres vivencien la sexualidad como una experiencia sin límites, por lo tanto, la incorporación de medidas preventivas, como el uso del preservativo tampoco será viable para ellos” (Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019, p.49)

Esta representación masculina en torno a la sexualidad está en sintonía con la mirada que expresan los trabajadores de la salud en torno a los hombres jóvenes. Los entenderían como proclives a mantener conductas de riesgos (no utilizar condón, por ejemplo), y a considerarse inmunes de contraer enfermedades de transmisión sexual. Las prácticas sexuales de los mismos se mencionan que estarían influenciadas por el material pornográfico y la cultura musical proveída por el reggaetón y el trap, en

perjuicio de la educación sexual, aspecto transversalmente identificado como deficitario en Chile por los expertos entrevistados.

“(...) Porque los adolescentes asumen riesgos inconscientemente, pero es porque tienen ese... es parte de su psicología el ser... el ser como atrevidos, osados eee que no miden riesgos, que no le tienen miedo a nada y claro, ellos prefieren... y claro como que están siempre en busca de percibir cosas nuevas y de buscar nuevas sensaciones y de buscar eee experiencias nuevas, entonces claro ellos... sumado el... la poca conciencia que tienen al asumir riesgos y la búsqueda de estas sensaciones, claro, se junta justo en que no se cuidan!, no se cuidan aun sabiendo” (Entrevista trabajadora de la salud, 29 años)

“(...) Incluso muchos del comportamiento sexual que tenían tiene que ver con las canciones de trap, de reguetón, como claro, como se representan a través de estas letras y reproducían mucho eso en sus relaciones... digamos sexuales primarias” (Entrevista Trabajadora de la salud, 27 años).

Por su parte, uno de los hallazgos que es posible observar en los documentos revisados refiere a que los hombres son identificados como la población que mayormente se ve afectada por las infecciones de transmisión sexual (ITS), siendo el VIH/SIDA la infección que toma mayor preponderancia. En esta línea, y en sintonía con la evidencia epidemiológica del virus, se señala que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son el mayor grupo de riesgo de contraer el contagio de este virus. A lo anterior se le suma que la población joven sería el estrato de mayor preocupación.

“La infección por VIH en Chile afecta principalmente a los hombres, superando ampliamente en número de casos a las mujeres, tanto en etapa SIDA como VIH, siendo la vía sexual, el principal modo de transmisión con un 97% de los casos del año 2018, de los cuales un 61 % tiene como práctica de riesgo a hombres que tienen sexo con otros hombres”. (Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019, p.35)

Una de las acciones concretas que mencionan estos documentos para los hombres como grupo afectado por estas patologías, remite a la prevención a través de la provisión de preservativos masculinos y espacios de consejerías por parte de profesionales de la salud (31). Esta prestación sería uno de los principales espacios de contacto que los

trabajadores de la salud establecerían con los usuarios hombres, especialmente aquellos jóvenes que acuden a los Espacios Amigables en búsqueda de condones masculinos. Sobre ello, los trabajadores de la salud mencionan que los hombres acudirían menos a estos espacios en comparación con las mujeres, y cuando acuden, lo hacen acompañados por grupos de pares hombres. Cabe mencionar que la consecución de preservativos para estos hombres jóvenes tendría como propósito la prevención de embarazos mayoritariamente, no siendo una preocupación las infecciones de transmisión sexual, aspecto que procurarían fortalecer los trabajadores de la salud a través de las consejerías en los espacios amigables.

“Las acciones realizadas por el equipo de salud se dividen en: control de salud integral, demanda espontánea y atención programada, priorizándose prestaciones de consejería, autocuidado en salud, salud sexual reproductiva (Prevención embarazo e ITS, Consejería para adolescentes con distinta orientación e identidad sexual y uso preservativos y consejería para hombres) regulación de fertilidad, consulta de salud mental y trabajo comunitario, cuya tarea central es el vínculo con escuelas, liceos y otros espacios de la comunidad, a fin de fortalecer las acciones preventivas, promocionales y la participación en los y las adolescentes” (Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2018, p.27)

“(…) Por eso yo encuentro que como sociedad los adolescentes aprenden desde la base el... la prevención del embarazo, no de las enfermedades de transmisión sexual...” (Entrevista trabajadora de la salud, 29 años)

(…) bueno, yo creo que el mayor temor que todavía tienen muchas adolescentes es el embarazo eee ellos por ejemplo a mí nunca me preguntaron o cuando nosotros hablábamos como de casos clínicos con la matrona y la nutricionista que éramos del equipo, ellos no consultan como de qué forma... por ejemplo sobre el placer eee es netamente como de que si yo estoy teniendo relaciones sexuales como consultas tales como: qué pasa si yo me voy afuera de la... de la pareja de ese momento, va a quedar embarazada o no; muchas no sabían que son las ETS, por ejemplo no habían escuchado nunca hablar por ejemplo del papiloma(…)” (Entrevista trabajadora de la salud, 27 años)

Estas serían una de las principales presencias de los hombres en los documentos, preocupados sobre la dimensión de la sexualidad y sus consecuencias en la salud, pues a continuación se hace mención de ellos a través de una vocación descriptiva de

diferentes indicadores sociodemográficos y epidemiológicos, tomando relevancia la sintomatología que tendrían las ITS en los cuerpos masculinos y femeninos. Esta presencia masculina contrasta con la descripción de cargas de enfermedad vinculada a cánceres en los cuerpos femeninos, pero no así, aquellos que refieren a cánceres de origen prostáticos o urológicos, propios de lo masculino, constatando la omisión de la información en estos documentos políticos en esta área.

Finalmente, es relevante constatar que la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018) habiendo reconocido la relevancia de que los hombres sean destinatarios directos de sus políticas públicas, orienta sus esfuerzos en que se construya un programa del área en donde se tome en cuenta las necesidades específicas de ellos. Sin embargo, según afirman expertos, este programa no se ha concretado durante los tiempos de esta investigación.

“Formular, implementar y evaluar un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que permita, dar respuesta a las necesidades relacionadas a estos ámbitos de la vida que la población requiere; no sólo a las circunscritas a mujeres, sino también a los requerimientos de hombres y en el contexto de orientaciones sexuales e identidades de género diversas, con enfoque de curso de vida. En la formulación de este programa se debe tener presente, que ya existen prestaciones en salud que tributan en esta materia y que hay claramente otras que están pendientes” (Política Nacional de Salud Sexual & Reproductiva, p.37)

En resumen, se constata, según lo revisado anteriormente que, en el área de la salud sexual y reproductiva, la presencia masculina toma relevancia exclusivamente en algunas dimensiones en perjuicio de otras. Los hombres son representados como un grupo proclive a establecer conductas de riesgos a través de su sexualidad, lo cual se explicaría en mayor medida, por las expectativas que la sociedad tendría de ellos. Los hombres jóvenes, por su parte, asisten menos que las mujeres a los espacios amigables, y lo harían para conseguir preservativos. Por último, se reconoce que los hombres no son homogéneos debido a la necesidad de orientar esfuerzos hacia la población de hombres que tienen sexo con hombres, debido a los contagios de infecciones de transmisión sexual. Finalmente, se reconoce que la principal presentación que los

hombres tendrían en esta área sería la provisión de preservativos y espacios de consejerías.

Área Salud Mental & Violencia

Con el objetivo de describir las diferentes características epidemiológicas de hombres y mujeres en los documentos revisados, se expone como para los primeros presentarían una mayor proporción de trastornos asociados al consumo de alcohol, accidentes y violencia externa, las cuales tienen preponderancia en el indicador de años perdidos para la salud (AVISA) en hombres. Los hombres presentarían mayores índices de suicidios ocasionados por métodos violentos, siendo de especial interés para el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2013) (29) el que incluso afirmaría que pertenecer al sexo masculino *per se* constituye un riesgo de suicidio. En esa medida, llama a prestar especial atención al estado civil y laboral de los hombres, pues el ser soltero y estar en condición de desempleo formarían factores suicidogénos.

“En las mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los trastornos ansiosos se encuentran entre las primeras cinco causas de AVISA. En los hombres, los trastornos por consumo de alcohol juegan un rol preponderante, junto a los accidentes y violencia externa” (Plan Nacional de Salud Menta 2017, p.12)

“En los adultos, tanto el matrimonio como el trabajo, pueden convertirse en un factor suicidógeno. Una relación matrimonial que no satisface las expectativas originales puede ser un factor de riesgo, principalmente en las mujeres, mientras que en los hombres, la cesantía o el fracaso en el ejercicio de su profesión pueden precipitar un intento de suicidio” (Programa Nacional de Prevención del Suicidio 2013, p.27)

Sobre la salud mental de los hombres, los expertos entrevistados coinciden que es un tema relevante para tomar en consideración, pues habría expectativas y roles que impacta en su salud mental, siendo la competitividad y productividad aspectos destacados por ellos. Otro elemento que mencionan los trabajadores de la salud es como los hombres presentarían cuadros clínicos más complejos cuando acuden a los

servicios de salud mental, haciendo más dificultoso su tratamiento. Las razones que afirman estas circunstancias girarían en torno que los hombres esperan un mayor tiempo para acudir a algún centro de salud con la expectativa de que podrán controlarlo en el corto plazo.

(...) En un mundo hiper competitivo, los hombres y también... digamos una sociedad androcéntrica tienen que ser competitivos para ser verdaderos hombres, entonces un hombre que no se muestra como competitivo eee siente su autoestima, su autoaceptación o como le queremos llamar, afectada (...) (Entrevista trabajadora de la salud, 27 años)

“P: Mira, epidio... epidemiológicamente cuando es sobre salud mental, consultan cuando ya tienen una refractariedad de sus cuadros o de sus síntomas y cuando son graves, por ejemplo consultan mucho más hombres con episodios depresivos graves que mujeres que consultan cuando el episodio depresivo es leve o hombres que tienen una refractariedad de una crisis de pánico porque se dieron cuenta de que por sí solos no lo pudieron controlar y que necesitan ayuda y ellos eee valoran mucho más la figura psiquiátrica que las mujeres, por ejemplo la mujer epidemiológicamente por lo menos en nuestra comuna” (Entrevista trabajadora de la salud, 29 años)

En el grupo de hombres, los adultos mayores y los adolescentes son los segmento de atención para los documentos políticos revisados, ya que para los primeros el suicidio es casi 10 veces más frecuentes que en las mujeres (29,32); mientras que para los segundos es una de las principales causas de muertes, sumando a la violencia externa y a los accidentes de tránsito (31). De esta forma, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2015), describirá que uno de los principales factores sociodemográficos involucrados en el fenómeno del suicidio serían la edad y el sexo.

“La tasa más alta de suicidio se mantiene entre los hombres de 65 años y más, alcanzando un 32,2 por 100.000, sin embargo, el aumento entre los años 2000 y 2009 sólo fue de 0,2 puntos (DEIS 2010)” (Programa Nacional de Prevención del Suicidio, 2015, p.5)

“El suicidio es casi 10 veces más frecuente en hombres que en mujeres mayores” (Plan Nacional de Salud Mental, 2017, p.17.)

En el marco de estos antecedentes, el Plan Nacional de Salud Mental (28) considera que es relevante el énfasis en los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial para generar acciones promocionales y preventivas en el área, considerando las necesidades de los hombres y las mujeres en sus trayectorias de vida. Así, este documento asume la importancia de que las orientaciones técnicas sean construidas en base a la evidencia y a la pertinencia de género; mientras que establece una estrategia para el reforzamiento de las acciones preventivas de trastornos de salud mental que incorpore el enfoque de género en la atención primaria de salud.

“Se pretende contar con una permanente evaluación y mejora de la práctica clínica, que disponga de documentos de orientación técnica basados en evidencia y con pertinencia de género e interculturalidad, asegurando instancias de retroalimentación y reflexión en torno a la práctica diaria de los equipos” (Plan Nacional de Salud Mental, 2017, p.17.)

Sobre esta dimensión, los expertos destacan que existen brechas que hacen que los hombres tengan una asistencia proporcionalmente más baja a los servicios de salud mental en atención primaria. De hecho, se menciona que los hombres ingresan mayoritariamente a los servicios de salud mental a través de otros programas, como alcohol y drogas, y no necesariamente por los programas de depresión. A esto último se suma la baja proporción de investigaciones en depresión masculina en comparación con la femenina, lo cual tiene implicancias en la formación de profesionales de salud mental.

“Entonces, el contexto, es muy malo, yo creo que los puntos principales, algunos de los puntos principales, en los temas de salud mental, son bueno... Que si bien Chile tiene algunos servicios... hay enormes barreras para que los hombres puedan pedir ayuda especializada, para los temas de salud mental, entonces... claro... El AUGE permite que muchas personas es... te atiendan por salud mental pero igual como como les decía, solamente un diez y seis por ciento de los que se atienden en APS por depresión son hombres, entonces es como muy bajito... Y, con las personas que yo he hablado en los centros de salud hay como consenso... De que los hombres entran en realidad por el programa de drogas, es decir los hombres entran por el programa de alcohol y drogas, y no por el programa de depresión” (Entrevista a Experto en Salud Mental, 43 años)

Por su parte, uno de los aspectos que se evidencia como relevante en la intersección entre masculinidades y salud mental, dice relación con el tópico de la violencia. Sobre ello, el Plan Nacional de Salud Mental (28) identifica como la violencia externa es un elemento a considerar para los hombres. Sin embargo, desde una mirada relacional esta materia toma preponderancia al ser un fenómeno donde mujeres sufren de ella a través de la perpetración que ejercen los hombres en tanto parejas. Este hecho de violencia de género constituye un factor de riesgo para las mujeres ya que aumenta la probabilidad de que presenten trastornos depresivos y consumo de alcohol.

“Por otra parte, las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas o ex parejas, tienen casi el doble de probabilidades de presentar trastorno depresivo unipolar o trastornos por consumo de alcohol en comparación con las mujeres no víctimas de violencia” (Plan Nacional de Salud Mental, 2017, p.13)

Actualmente en Chile existe una Política de Salud en Violencia de Género (2008). Es relevante ya que es un precedente sobre como el sector salud aborda este fenómeno. Este documento expresa como la violencia hacia la mujer es producto de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, y enuncia que el sector salud es responsable del cambio cultural y del desarrollo de relaciones equitativas entre hombres y mujeres. Así, se menciona que el sector salud debe desarrollar acciones destinadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los perjuicios ocasionados por la violencia de género a las víctimas. En el caso de los hombres, este documento también afirma que se deben desplegar acciones dirigidas a promover conductas no violentas y respeto de los derechos de las mujeres, entregando información y espacio de involucramiento para el cuidado de los hijos y la familia como parte de la identidad masculina.

“Salud es responsable, además, de promover, en todas sus acciones dirigidas a hombres, conductas no violentas y respeto de los derechos de las mujeres, ofreciendo información y espacios para involucrarse en el cuidado y protección de los hijos y la familia, como parte de su identidad masculina. Asimismo, de promover en conjunto con el Ministerio Público y el Ministerio de Justicia, y en base a evidencia de la efectividad de las distintas modalidades de intervención, la creación de programas dirigidos a la resocialización de agresores,

dirigidos a modificar comportamientos reñidos con la justicia y los derechos de las mujeres” (Política de Salud en Violencia de género, 2008, p. 19)

Los expertos entrevistados mencionaron los esfuerzos que realizan los servicios de salud mental en la ayuda de las víctimas mujeres que sufren violencia de género. Existe una tensión entre los entrevistados expertos en esta área en relación al trabajo con hombres agresores. Por una parte, se afirma la necesidad de realizar trabajo con ellos desde los dispositivos de atención primaria pues favorecería la adherencia, por ejemplo. Por otra parte, se cuestiona esta perspectiva, ya que lo óptimo sería trabajar con hombres agresores en áreas especializadas y no generales como las que ofrece la atención primaria.

“Bueno, no le entreguemos toda la responsabilidad al se... al pobre sector salud... Pero hay algunos estudios sobre el tema y en algunos lugares del mundo hay eee... servicios desde el sector salud para trabajar con perpetradores... pero yo... te diría que se necesitan servicios especializados... o sea... En ese sentido, Chile está bien encaminado, teniendo centros de atención, para hombres que ejercen violencia, pero... pero claro, también en muchos lugares lo que termina ocurriendo es que en un centro de salud... se sabe que hay un psicólogo que trabaja con hombres... y entonces le derivan, no? ... yo creo que eso es lo que termina ocurriendo fuera de este centro especializado. Pero, en mi opinión se debería atender en los a los centros especializados, para el caso de trabajar con hombres perpetradores, junto con una muy buena política preventiva, esto es trabajo en las escuelas, en los lugares de trabajo, con campañas... etcétera” (Entrevista a Experto en Salud Mental, 43 años)

En síntesis, en esta área, los hombres son identificados según sus prevalencias de trastornos de consumo de alcohol y violencia externa. Además, ellos presentarían cuadros más complejos en el ámbito de la salud mental, debido a que suelen esperar más tiempo para consultar. Se observa la preocupación por las tasas de suicidio que los hombres tendrían, siendo de especial interés los adultos mayores y los hombres jóvenes. Las explicaciones de estos antecedentes giran en torno a las expectativas que la sociedad tendría hacia la masculinidad en función de las actividades laborales, la competitividad y otros valores propios de lo “masculino”. Por último, en relación con la

violencia, se identifica a los hombres como perpetradores de violencia de género hacia sus parejas y, por lo tanto, se insta a que el sector salud promueva conductas no violentas, e incorpore una paternidad activa en la identidad masculina.

Discusión

Según los resultados obtenidos, se puede observar, en primer lugar, que existe una tendencia a describir los resultados de salud de hombres y mujeres desde una mirada epidemiológica, pues la categoría sexo, como equivalente a género, es uno de los indicadores sociodemográficos más utilizados por los documentos políticos y programáticos revisados. La representación femenina, en tanto, es aquella que tienen mayor protagonismo en comparación con lo masculino, estando acorde con la evidencia que ha trabajado esta dimensión (19), a excepción del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (29) y el Programa Nacional de Salud de las Personal Adultos Mayores (32). En este sentido, esta investigación revisó áreas que han sido históricamente organizadas desde las mujeres y sus cuerpos, visualizando las omisiones en el tratamiento de los varones y aquellas representaciones que muchas veces tienden a ser planas y estereotipadas en torno a las conductas de los hombres. Así, se observa que, desde un punto de vista epidemiológico, los hombres presentan resultados de salud en sintonía con las investigaciones a nivel mundial y regional, y sus explicaciones tienden a ser escuetas e identificables por lo que se ha teorizado en el campo de la salud masculina.

De esta forma, cuando focalizamos en las representaciones de los varones y su salud, se puede constatar que ellas giran en torno a lo que Macdonald (2016) identificó como perspectiva social-comportamental, en donde se concibe que la masculinidad es perjudicial para la salud. Lo anterior está presente en las temáticas trabajadas, donde las conductas de riesgos toman protagonismo para explicar los magros resultados de salud. Esta mirada representacional coincide con la teoría de roles sexuales (12), que focalizaría en lo negativo del ser hombre, y por lo tanto, las vulnerabilidades de los

mismos se estructurarían según su propia masculinidad; identificado incluso que la pertenencia a su género los constituye como un grupo de riesgo (29,32). Esta mirada, en consecuencia, está en sintonía con entender a la masculinidad como tóxica o como factor de riesgo (15,38).

Ahora bien, es relevante mencionar que la mayoría de los documentos revisados organiza sus abordajes declarando que el género y los determinantes sociales de la salud son principios de sus políticas. Sin embargo, no se observa un tratamiento de estos principios cuando se comentan los resultados de salud de los hombres, pues gran parte de las explicaciones son autosuficiente en función de la “masculinidad”. Este abordaje entra en tensión pues no se observa explícitamente una mirada relacional de género ni su interseccionalidad, fundamental para explicar estos resultados en los varones (9,39,40). Uno de los únicos atisbos a la diversidad al interior de los grupos de varones, se encuentra cuando se mencionan a los hombres que tienen sexo con hombres como afectados por los contagios de ITS, y a los hombres no heterosexuales quienes tendrían peores resultados en salud mental (25,28).

Sería relevante incorporar un análisis de los resultados de salud de los varones en los documentos revisados que establezca un tercer enfoque que vaya más allá de la perspectiva biomédica o comportamental. Macdonald (2016) propuso un abordaje de la salud masculina que es configurado desde los determinantes sociales de la salud, comprendiendo que el género se despliega en conjunción con otros factores sociales como clase, raza, educación, entre otros; buscando ampliar la mirada más allá de la exclusividad de lo “masculino”. Además, otra mirada que es relevante para tomar en consideración en la salud de los varones es la visión salutogénica que busca relevar aquellos elementos positivos y protectores que favorecen el bienestar por sobre la enfermedad (41,42). Estas miradas comprensivas ayudarían a explicar en mejor medida las cargas de salud y enfermedad de los hombres, y haría posible desarrollar aspectos promocionales y preventivos para este segmento, evitando miradas individuales y culpabilizadoras.

Por otro lado, los resultados confirman la mirada *hombre -estática* que se ha identificado en las políticas públicas en tanto presencias de representaciones masculinas (17), en particular en el área de la salud sexual y reproductiva y salud

mental, pues no se afirman claramente capacidades de cambio, ni elementos relevantes con cuales trabajar para orientar esfuerzos preventivos y promocionales en la salud masculina.

Este estudio cuenta con dos limitaciones. La primera dice relación con que no se revisaron todas las políticas y programas relevantes para la salud pública en Chile, siendo de especial interés, en adición con las áreas trabajadas, aquellas vinculadas a las morbilidades, cánceres o promocionales de estilos de vida saludables. En segundo lugar, tampoco se revisaron las diferentes orientaciones y normas técnicas emanadas por el ministerio de salud que buscan dar una bajada concreta de las políticas y programas revisados hacia los profesionales de la salud. Esta hubiera sido relevante pues se habría facilitado el entendimiento de las representaciones masculinas en el quehacer práctico de la atención primaria.

Conclusión

En esta investigación se observaron las representaciones de las masculinidades en las áreas de la salud sexual y reproductiva, salud mental- violencia y ciclo vital, a través de una revisión documental de los políticas y programas que fueron emanadas por el Ministerio de Salud de Chile. Estas representaciones fueron complementadas por trabajadores de la salud, actores claves y expertos en las diferentes áreas trabajadas. De los hallazgos descritos, se constata la baja presencia masculina en estos documentos en comparación con las mujeres; mientras que su consideración suele estar vinculada a entender la masculinidad como lesiva para la salud de los hombres, y no incorpora la evidencia que el campo de la salud masculina ha producido en el último tiempo.

Consideramos relevante que las políticas públicas incluyan tanto un abordaje de determinantes sociales de la salud como salutogénico para trabajar la salud de los varones, debido a que la configuración de las diferentes masculinidades se establece en conjunción con otros marcadores sociales, que ayudan a explicar en mejor medida los magros resultados de salud masculina, posibilitando un abordaje que supere la noción

individualista y culpabilizadora, que obstaculiza que los hombres sean destinatarios de las políticas y programa de salud revisados.

A lo anterior, se le añade como las políticas y programas de las áreas revisadas han sido principalmente diseñadas para las mujeres y sus cuerpos, siendo el caso más emblemático aquel que remite a la arena la salud sexual y reproductiva. En Chile, este escenario también se encuentra presente y, por tanto, las representaciones de las masculinidades tienden a generar una imagen plana y a veces estereotipadas que obstaculiza el tratamiento de las necesidades de los varones.

Así, en el área de la salud sexual y reproductiva esta investigación da cuenta de la necesidad de que los hombres sean destinatarios de estos documentos políticos y programáticos, siendo relevante que se profundice en torno a las diversidades de hombres y masculinidades, ya sea en su orientación como en su identidad de género, llegando incluso a ser inclusiva en la población trans. Precisamente urgen una ampliación y profundización de la perspectiva de género en el abordaje de género para los hombres.

Por su parte, en el área de la salud mental y violencia, se insta a la incorporación de estudios e investigaciones sobre la salud mental masculina, un campo en proliferación que insta a pensar la salud mental desde una perspectiva de género, la cual favorezca elementos preventivos y de identificación de cuadros clínicos específicos, como uno de los mecanismos de abordaje a las amplias tasas de suicidios en los hombres (43).

Finalmente, en el área de violencia consideramos relevante la profundización en el trabajo con hombres en torno a la violencia de género, en torno a las maneras de identificación y actuación del sector salud ante este flagelo. Además, una de las implicancias relevantes en esta área es la visualización que se produce en la violencia al interior de los mismos grupos de hombres, aspecto ampliamente olvidado en esta arena.

Para esto pueda realizarse, resulta necesario que se desarrollen investigaciones en el área de la salud masculina en Chile, que indaguen en los determinantes sociales de la salud que impactan en los procesos de salud y enfermedad de esta población,

incorporando perspectivas de curso vida, y que focalicen también en aspectos positivos que favorecen el bienestar en los varones.

De esta forma, también es necesario transitar hacia miradas inclusivas que asuman la diversidad de hombres y masculinidades, el contexto social y la capacidad de cambio que ellos pueden generar, pues de lo contrario las propias vulnerabilidades de lo masculino continuarán sin profundización en las políticas públicas de salud. Sobre este último aspecto, las futuras investigaciones en el área deberían profundizar la mirada representacional de las masculinidades en las políticas públicas de salud en Chile, incorporando las orientaciones técnicas y a tomadores de decisión que diseñan y elaboran estas políticas, en conjunción con la evidencia que actualmente se produce en el campo de la salud masculina.

Todas estas posibilidades, incluida la mayor presencia y profundización de los estudios hombres y las masculinidades, como su incorporación como destinatarios en las políticas públicas de salud en Chile, deben ser evaluadas y ponderadas a fin poder trabajar las vulnerabilidades y necesidades específicas de la salud de esta población.

Referencias

1. Baker P, Dworkin SL, Tong S, Banks I, Shand T, Yamey G. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. *Bull World Health Organ*. 2014 Aug;92(8):618–20.
2. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2071–94.
3. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 Mar 1;49(6):616–23. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
4. Organización Panamericana de la Salud. Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Washington, D.C; 2019.
5. Ministerio de salud. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile [Internet]. 2011. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d7f2fe040010165013351.pdf>
6. Ministerio de salud. Primeros resultados encuesta nacional de salud [Internet]. 2017. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
7. Kavanagh S, Graham M. How Gender Inequity Impacts on Men's Health. An Exploration of Theoretical Pathways. *Int J Mens Soc Community Heal*. 2019;2(1):e11–21.
8. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gend Soc* [Internet]. 2005 Dec 1;19(6):829–59. Available from: <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
9. Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JF, Butland DL. Understanding Men's

Health and Illness: A Gender-relations Approach to Policy, Research, and Practice. *J Am Coll Heal* [Internet]. 2000 May 1;48(6):247–56. Available from: <https://doi.org/10.1080/07448480009596266>

10. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
11. Gideon J. Handbook on Gender and Health. Gideon J, editor. Edward Elgar Publishing; 2016.
12. Connell R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1675–83.
13. Macdonald J. A Different Framework for Looking at Men’s Health. *Int J Mens Heal*. 2016;15(3):283–95.
14. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* [Internet]. 2000;50(10):1385–401. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699003901>
15. Harrington C. What is “Toxic Masculinity” and Why Does it Matter? *Men Masc* [Internet]. 2020 Jul 17;24(2):345–52. Available from: <https://doi.org/10.1177/1097184X20943254>
16. Heilman B, Barker G, Harrison A. La caja de la masculinidad: un estudio sobre lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el Reino Unido y México. Washington DC y Londres; 2017.
17. Aguayo F, Sadler M. Masculinidades y políticas públicas. Involucrando hombres en la equidad de género. Santiago, Chile: Universidad de Chile, CulturaSalud y EME; 2011.
18. World Health Organization. Engaging men and boys in changing gender-based

inequity in health: Evidence from programme interventions. Geneva; 2007.

19. Saewyc EM. What about the boys? The importance of including boys and young men in sexual and reproductive health research. *J Adolesc Heal*. 2012;51(1):1–2.
20. Macdonald J. Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in men’s health policy and practice. *MJA*. 2006;185(8):456–8.
21. Baker P. From the Margins to the Mainstream: Advocating the Inclusion of Men’s Health in Policy. A scoping study. London (UK); 2020.
22. Heaton J. Secondary Analysis of Qualitative Data: An Overview. *Hist Soc Res / Hist Sozialforsch* [Internet]. 2008 Jul 15;33(3 (125)):33–45. Available from: <http://www.jstor.org/stable/20762299>
23. Godin K, Stapleton J, Kirkpatrick SI, Hanning RM, Leatherdale ST. Applying systematic review search methods to the grey literature: a case study examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada. *Syst Rev* [Internet]. 2015;4(1):138. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0125-0>
24. Ministerio de salud. Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019. MINSAL; 2018.
25. Ministerio de salud. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2018. MINSAL; 2018.
26. Ministerio de salud. Estrategia de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2020. MINSAL; 2020.
27. Ministerio de salud. Directrices de la Respuesta Regional Integrada para la Prevención y Control del VIH/SIDA. MINSAL; 2020.
28. Ministerio de salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. MINSAL; 2017.
29. Ministerio de salud. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. MINSAL; 2013.
30. Ministerio de salud. Política de Salud en Violencia de Género. MINSAL; 2008.

31. Ministerio de salud. Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescentes y jóvenes. MINSAL; 2013.
32. Ministerio de salud. Programa Nacional de Salud de las Personal Adultas Mayores. MINSAL; 2014.
33. Prior L. Content Analysis. In: Leavy P, editor. The Oxford Handbook of Qualitative Research. New York: Oxford University Press; 2014. p. 359–79.
34. Abela J. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002.
35. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol [Internet]. 2006 Jan 1;3(2):77–101. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
36. Johnson R, Waterfield J. Making words count: the value of qualitative research. Physiother Res Int [Internet]. 2004 Aug 1;9(3):121–31. Available from: <https://doi.org/10.1002/pri.312>
37. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What Makes Clinical Research Ethical? JAMA [Internet]. 2000 May 24;283(20):2701–11. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>
38. de Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres et al, editor. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
39. Griffith DM. An intersectional approach to Men's Health. J Mens health [Internet]. 2012;9(2):106–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875686712000231>
40. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): A theoretical framework for understanding men and their health. J Mens health. 2011;8(1):7–15.

41. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11(1):11-8.
42. Macdonald J. *Environments for Health*. London (UK): Earthscan; 2005.
43. Oliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Rice SM. Men's depression and suicide. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(10):1-6.

