

## EL ESTUDIO DE MASCULINIDAD, GÉNERO Y SALUD

Solo en fechas muy recientes, los estudiantes e investigadores comenzaron a indagar sobre la influencia de género en la salud y en la enfermedad de los hombres (Lorber 1997; Sabo y Gordon 1995). Los movimientos defensores de la salud de las mujeres surgieron durante los años 1960 y 1970, y desde mediados de la década de 1980, el tema de género fue adquiriendo una importancia creciente en los estudios epidemiológicos, de sociología médica e interdisciplinarios dedicados a los aspectos psicosociales de la enfermedad (Verbrugge 1985; Waldron 1983; Stillion 1985). Sin embargo, una característica común a la mayor parte de estos trabajos sobre género y salud fue que la investigación y la teoría se centraban casi exclusivamente en las mujeres. Algunas de las primeras publicaciones sobre “estudios en hombres” defendían que la conformidad con la masculinidad tradicional suponía a menudo un incremento de los riesgos para la salud física y un empobrecimiento de las vidas emocionales de los hombres (Feigen-Fasteau 1974; Farrell 1975; Brannon 1976). Se utilizó la teoría de los papeles sexuales para afirmar que los niños aprenden a adoptar comportamientos masculinos que, a su vez, aumentan su propensión a sufrir enfermedades o a morir por accidente.

Durante los años 1990 aparecieron análisis feministas críticos del hombre, la masculinidad y la salud en forma de “estudios de la salud del hombre” (Sabo y Gordon 1995). Los pensadores feministas críticos, a la vez que desarrollan una crítica de la estrecha visión con que la teoría de los papeles sexuales se centra en la identidad de género, la socialización y la conformidad con las expectativas preestablecidas, subrayan que son las diferencias de poder las que configuran las relaciones entre hombres y mujeres, mujeres y mujeres y hombres y hombres. Mantienen asimismo que la identidad de género y los comportamientos no son simplemente impuestos a las personas por la socialización, sino que son las propias personas las que construyen activamente su identidad de género y sus comportamientos. La identidad de género es un proceso generado activamente, remodelado y mantenido por los que se encuentran inmersos en redes de relaciones de poder creadas social e históricamente (Connell 1995, 1987). Dicho de otra forma, las definiciones culturales de “masculinidad” y “feminidad” se contemplan como construcciones históricamente emergentes y estructuralmente dinámicas a través de las cuales los individuos y grupos interpretan activamente, comprometen y generan sus

comportamientos y relaciones cotidianas (Messner 1998; Messner y Sabo 1994; Baca-Zinn, Hondagneu-Sotello y Messner 1997).

### **Construcciones de la masculinidad y la salud del hombre**

Cuando las personas participan activamente en la construcción de su identidad y comportamiento sexual, se dice que están “haciendo género” (West y Zimmerman 1987). Para muchos niños y hombres de los Estados Unidos, el “hacer masculinidad” tradicional se asocia a un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad (Sabo 1996; Harrison, Chin y Ficarrotto 1988). La revisión de Courtenay (2000) sobre la investigación más reciente demuestra que las probabilidades de adquirir malos hábitos de salud son mayores en los hombres estadounidenses que comparten las creencias tradicionales sobre la hombría, que en sus contemporáneos no tradicionales (Eisler, Skidmore y Ward 1988) y que los riesgos de sufrir depresión y fatiga nerviosa son también mayores (Eisler y Blalock 1991; Good y Mintz 1990; Sharpe y Heppner 1991; Oliver y Toner 1990); además, su reactividad cardiovascular ante las situaciones de estrés es mayor (Lash, Eisler y Schulman 1990). Helgeson (1995) observó que los hombres diagnosticados y tratados por cardiopatía isquémica que poseen rasgos masculinos negativos comentan sus problemas cardíacos con sus familias con menos frecuencia, tienen mayores probabilidades de llevar a cabo comportamientos nocivos para la salud y disponen de redes sociales defectuosas.

Se ha establecido un vínculo entre la identificación con la masculinidad tradicional y las tres primeras causas de muerte, es decir, las lesiones no intencionales, el homicidio y el suicidio en los hombres de 15 a 34 años de los Estados Unidos (*Morbidity and Mortality Weekly Report* 1994). Stillion (1995) señaló que los esfuerzos de los hombres jóvenes por parecer fuertes suelen llevarlos a ignorar las normas de seguridad en el trabajo, mientras que otros conducen de manera arriesgada como demostración de valentía. La fascinación y el respeto de los hombres por la violencia suelen estar ligados a la demostración de su hombría, lo que explica en parte su mayor riesgo de homicidio en comparación con las mujeres (Stillion 1995; Staples 1995; Reed 1991). Los datos sobre suicidio demuestran que los hombres lo intentan menos que las mujeres, pero que sus probabilidades de morir son mayores que las de estas. Stillion (1995) infiere que esta disparidad se debe en parte al hecho de que los hombres tienden a seleccionar métodos más violentos y, en comparación con las mujeres, consideran

que sobrevivir al intento de suicidio es “otro fracaso, una marca contra su masculinidad...” Canetto (1995) encontró que las expectativas masculinas tradicionales elevan la probabilidad de éxito del intento de suicidio en algunos hombres.

Courtenay (2000, 1998a, 1998b) observa que algunos comportamientos de riesgo son definidos culturalmente como “masculinos” y, además, que los hombres utilizan los comportamientos no saludables para definir su virilidad. Por ejemplo, consumen cantidades excesivas de alcohol para demostrar su lealtad al grupo de compañeros masculinos (Isenhardt y Silversmith 1994). En muchos deportes tradicionalmente masculinos como el rugby, el boxeo o el fútbol americano, el código masculino glorifica el dolor y las lesiones, incitando a los jugadores a sacrificar sus cuerpos para ganar a toda costa (Sabo 1994). Los guiones tradicionales de género de los hombres podrían contribuir a sus comportamientos poco saludables. Como escribe Courtney (2000):

Un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos debe ser algo de lo que termine por depender. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad.

No todos los “rasgos masculinos” o formas de masculinidad implican riesgo para la salud de los hombres. De hecho, no todos los hombres son iguales, ni todos hacen los mismos esfuerzos por mantener la definición tradicional de la masculinidad. En todo momento histórico existen distintas formas de masculinidad, algunas dominantes, otras marginales, otras estigmatizadas, que compiten entre ellas y que poseen sus propios asideros estructurales, psicosociales y culturales. Connell (1987) utilizó el término “masculinidad hegemónica” para referirse a la forma de masculinidad prevalente, más alabada, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico. En los Estados Unidos, la masculinidad hegemónica acentúa el

dominio del hombre sobre la mujer, la fuerza física, la agresividad, la tendencia a la violencia, la inexpresividad emocional y la competitividad. En este contexto, al igual que varía la identificación de cada hombre con esa masculinidad hegemónica, varía también la magnitud de los riesgos de salud asociados a la masculinidad tradicional. El desafío al que se enfrentan los estudios sobre la salud del hombre consiste en conocer mejor la correlación entre determinados tipos de comportamientos y rasgos masculinos de una institución o cultura específica y las conductas de riesgo y la enfermedad.

También es importante reconocer que los hombres no solo construyen su identidad de género en relación con la masculinidad, sino que también lo hacen en relación con la mujer y con las definiciones culturales de feminidad. El concepto de Connell de “feminidad subrayada” se refiere al ideal cultural celebrado por la mujer, es decir, sociabilidad, fragilidad, pasividad, aceptación de los deseos del hombre y receptividad sexual. La feminidad subrayada se construye según una relación recíproca y subordinada con la masculinidad hegemónica, de forma que refuerza el poder masculino y las jerarquías dominadas por el hombre dentro de los distintos contextos institucionales. Los hombres jóvenes aprenden que la adopción de formas “femeninas” de comportamiento puede llevarlos al ridículo o a ser estigmatizados y a veces desarrollan comportamientos riesgosos con el fin de evitar ser considerados femeninos o afeminados. Por ejemplo, un adolescente participa en peleas para evitar que le llamen “mariquita”, o un hombre de edad madura oculta un dolor torácico para evitar aparecer como “blando” ante sus compañeros de trabajo.

## **Construcciones de la masculinidad y la salud de la mujer**

Los riesgos de salud implicados en la persecución de la masculinidad y la evitación de la feminidad no solo influyen en la morbilidad y en la mortalidad de los hombres. Las conductas propias de género en relación con la salud de los hombres también influyen en el estado de salud de las mujeres. Por ejemplo, entre 1980 y 1988, Pleck, Sonenstein y Ku (1994) entrevistaron a una muestra nacional de hombres solteros adolescentes de los Estados Unidos con edades comprendidas entre 15 y 19 años. Se diseñaron exámenes hipotéticos para valorar si la “ideología masculina” (que mide los rasgos asociados a la masculinidad hegemónica) sitúa a los

jóvenes en condiciones de riesgo para diversos comportamientos problemáticos. Descubrieron que la ideología masculina se asoció a expulsiones escolares, consumo de alcohol y uso de drogas ilegales, a detenciones policiales, actividad sexual, número de parejas sexuales durante el año anterior, y a engañar o forzar a otras personas para mantener relaciones sexuales. Este tipo de comportamientos, que en parte son expresiones de la masculinidad hegemónica, incrementan el riesgo de sufrir enfermedades de transmisión sexual, de transmisión del VIH y de muerte por accidente u homicidio en los adolescentes varones. Sin embargo, y al mismo tiempo, estos comportamientos favorecen la victimización de las mujeres a través de la violencia de los varones, las agresiones sexuales, los embarazos no deseados de las adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual (Sabo 1998a).

Courtenay (1998a) proporciona otro ejemplo de la forma en que las construcciones de los comportamientos de salud de los hombres relacionados con el género pueden influir en el estado de salud de las mujeres. Este autor defiende que, en los Estados Unidos, muchas prácticas de autocuidado se consideran culturalmente “femeninas”. Así como las madres suelen informar a sus hijas acerca de sus cuerpos y las niñas aprenden a cuidarse mediante exámenes de salud físicos y reproductivos regulares, es típico que los niños permanezcan ignorantes de estos temas. Las mujeres acuden más veces a las consultas médicas que los hombres, incluso descontando las visitas relacionadas con la atención a la salud reproductiva (Kandrack, Grant y Segall 1991; Verbrugge 1988). Las investigaciones demuestran que las niñas son estimuladas a ser dependientes mientras que a los niños se les enseña a ser independientes y que estos reciben menos apoyo físico y emocional que aquellas (Lytton y Romney 1991). A menudo se disuade a los niños de buscar la ayuda de sus padres (Fagot 1984). Roter y Hall (1997) revisaron diversos estudios sobre la comunicación entre médico y paciente y observaron que las mujeres están mejor informadas sobre sus enfermedades que los hombres. En resumen, la construcción de la masculinidad en la cultura de los Estados Unidos no estimula, por lo general, las actitudes o conductas de autocuidado en los hombres. Por tanto, culturalmente suele ser la mujer quien se encarga, junto a los propios pacientes, del cuidado de los niños y los hombres enfermos. El mantenimiento de la salud de los hombres además de la suya propia puede suponer una carga injusta para las madres, esposas o compañeras.

Es este último aspecto relacional entre la salud de los hombres y las mujeres el que recibe menos atención por parte de los que investigan género y salud. Hasta ahora, gran parte del trabajo relativo a la forma en que género influye en la salud y la enfermedad se hizo dentro de cada sexo, más que entre los sexos: una grieta en la investigación y en la teoría que se refleja en las etiquetas separadas de “salud de la mujer” y “salud del hombre” (Sabo y Gordon 1995). Como señalaron Rathgeber y Vlassoff (1993), “un enfoque de género en la enfermedad examina tanto el impacto diferencial en las mujeres y los hombres como los contextos sociales, económicos y culturales en los que viven y trabajan.” Los enfoques del feminismo crítico aceptan este punto de vista, pero también apuntan hacia un análisis capaz de explorar las interrelaciones entre los comportamientos y los resultados de salud en mujeres y hombres.

## **RECIPROCIDAD Y SINERGIAS EN SALUD RELACIONADAS CON EL GÉNERO**

Las vidas de las mujeres y los hombres son fundamentalmente recíprocas y han de ser comprendidas en términos relacionales. El concepto de reciprocidad desarrollado en esta sección se usa para demostrar cómo, a menudo, existen relaciones entre los procesos y resultados finales de la salud de las mujeres y los hombres.

Las vidas de los sexos se despliegan en contextos sociales, culturales e históricos. Cuando las mujeres y los hombres siguen las pautas femenina y masculina socialmente prescritas, sus acciones reflejan y reproducen disposiciones institucionales basadas en la categoría sexual (West y Zimmerman 1987). Como señaló Connell (1987), cada persona ocupa un nicho en el más amplio “orden de género”, definido como “patrón históricamente construido de relaciones de poder entre hombres y mujeres y definiciones de feminidad y masculinidad”. Las relaciones de género surgen y se transforman en el marco de diversos contextos institucionales modelados en disposiciones institucionales específicas como el ejército, la educación, el matrimonio o la familia. Por tanto, la identidad de género y las manifestaciones individuales de las prácticas culturales masculinas o femeninas se comprenden mejor como expresiones de procesos institucionales más amplios en los que intervienen ambos sexos, no uno de ellos aislado.

Los ejemplos siguientes demuestran la forma en que la salud de cada sexo depende de las sinergias socioculturales establecidas entre los dos. Existe una sinergia de salud positiva relacionada con el género si el patrón de relaciones mutuas estimula procesos o resultados finales de salud positivos para ambos sexos. Cuando el patrón de relaciones de género se asocia a procesos o resultados de salud desfavorables para uno o ambos sexos nos encontramos ante una sinergia de salud negativa relacionada con el género.

### **Participación del hombre en el embarazo y en el cuidado de los niños: una sinergia de salud positiva relacionada con el género**

A medida que las mujeres han ido integrándose en el sector laboral, han presionado a los hombres para que compartan el trabajo doméstico y la atención a los niños. Sin embargo, la contribución de los hombres a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos no ha llegado a ser paritaria y muchas mujeres se encuentran a sí mismas volviendo de sus trabajos remunerados solo para realizar la mayor parte de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos (Hochschild 1989). Bird y Fremont (1991) observaron que cuanto más tiempo invierte la mujer en los trabajos domésticos, peor es su salud. El hecho de que los hombres no compartan el trabajo doméstico significa que la mujer suele tener menos tiempo para dedicar al ejercicio y a la actividad física que favorecen la salud (Sabo y Snyder 1993). En las naciones desarrolladas, la creciente participación de la mujer en el sector económico, tanto formal como informal, se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y, cuando cae enferma, sus oportunidades de descanso y recuperación son menores (Vlassoff y Bonilla 1994).

Algunos defensores de la salud demandan cambios en los papeles conyugales que alivien estas sinergias de salud negativas relacionadas con género. Para Swedin (1996), la salud global de la familia tiende a mejorar cuando los cónyuges actúan como socios para negociar las demandas conjuntas del cuidado de los niños y la participación laboral. Su investigación demostró que, si el hombre participa en grupos de "entrenamiento para la paternidad", será más probable que desarrolle vínculos más estrechos con su esposa y relaciones más saludables con sus hijos. Sin embargo, pocas parejas alcanzan el ideal de "paternidad compartida" y una de las razones para ello es que a menudo los hombres no tienen una visión clara del papel

que han de desempeñar en relación con el embarazo, el parto y el cuidado del niño. No obstante, las políticas que abogan por la “paternidad compartida”, el “entrenamiento para la paternidad” o la “licencia paternal pagada” parecen más sensatas en relación con la salud tanto de las mujeres como de los hombres.

### **La prisión como un escenario de riesgo: sinergia de salud negativa relacionada con el género**

Las tasas de reclusos son muy variables en todo el mundo. En los Estados Unidos se encuentran encarceladas casi 1,6 millones de personas (600/100.000) mientras que en China hay 1,2 millones (103/100.000) y en Rusia, 1 millón (6/90/100.000). Las poblaciones de reclusos están formadas en una proporción exagerada por hombres, personas con escasos recursos económicos y, en algunas naciones, por minorías raciales y étnicas. En los Estados Unidos, los ciudadanos de raza negra comprenden 50% de la población reclusa masculina y los hispanos forman otro 15% (Miller 1996; Mauer 1995). Las prisiones son también instituciones en las que influye el género (Carrabine y Longhurst 1998) marcadas por la tradición patriarcal, como la segregación sexual, las relaciones jerárquicas y el control social ejercido a través de la agresión y la violencia (Sabo, Kupers y London, en prensa). La influencia del género en la vida de la prisión se observa también en las construcciones de masculinidad existentes entre los reclusos, que giran en torno a un código masculino de actuar fuerte, alistarse para la lucha, evitar la intimidación, no meterse en los asuntos de los demás y evitar comportamientos femeninos (Kupers 1999; Newton 1994). La defensa actual de muchos políticos a favor de castigos más duros para la población penal, olvidando los propósitos de rehabilitación, son también aditamentos culturales de la masculinidad hegemónica.

Epidemiológicamente, el sistema penitenciario estadounidense actúa como un remolino de riesgo para muchos hombres que, incluso antes de que fueran arrestados y encarcelados, residían en comunidades estructuralmente desfavorecidas en las que la pobreza, el desempleo y la opresión racial determinaban unas tasas de morbilidad y mortalidad elevada; por ejemplo, tuberculosis, hepatitis, sida (Polych y Sabo, en prensa). Debido a las insalubres condiciones de la prisión, los reclusos resultan expuestos de nuevo a un alto riesgo de enfermedad (Toepell 1992; Bellin, Fletcher y Safyer 1993; Kupers 1999). Por ejemplo, la incidencia de tuberculosis acti-



va entre los reclusos del estado de New York era de 15/100.000 en los años 1970 y ascendió a 139/100.000 en 1993. El 58% de las nuevas infecciones tuberculosas diagnosticadas entre el personal médico que trabajaba con estos internos se atribuyeron a su exposición profesional (Steenland et al. 1997). En un estudio realizado en las prisiones de la ciudad de New York, en las que la estancia media de los internos es de 65 días, se encontró que un año en prisión duplicaba la probabilidad de contraer tuberculosis. Los autores expresaron el temor de que, si una cepa de tuberculosis con multi-resistencia a los fármacos se introdujera en el sistema penitenciario, la infección resultante podría transmitirse rápidamente a una población urbana más amplia cuando los internos regresaran a sus hogares (Bellin, Fletcher y Safyer 1993). Además, a pesar de la realidad de las relaciones homosexuales masculinas, tanto consentidas como por violación, y el consumo de drogas intravenosas en las prisiones, es raro que se proporcione condones o agujas limpias a los reclusos, lo que eleva el riesgo de transmisión de las enfermedades contagiosas (Cummings 1991; Expert Committee on AIDS and Prisons (1994).

La ausencia de educación en salud y de intervenciones terapéuticas efectivas en las instituciones penitenciarias, hace que los reclusos corran un riesgo mayor de enfermedad, que a la larga se extiende a la población general (Courtenay y Sabo, en prensa; Polych y Sabo 1995). Las prisiones no son compartimientos estancos en relación con las comunidades que las rodean y los hombres entran y salen constantemente de los sistemas penitenciarios, llevando a menudo con ellos enfermedades físicas o mentales. En los Estados Unidos, la sentencia media de prisión es inferior a 5 años y alrededor de 95% de todos los reclusos terminan por recibir la libertad, incluso a pesar de la actual tendencia a prolongar las condenas (Kupers 1999). Una vez en libertad, muchos reclusos hombres infectados regresan a comunidades en las que poblaciones pobres y racialmente oprimidas formadas tanto por hombres como por mujeres tienen ya unas tasas desproporcionadamente altas de infección por el VIH y de sida (Zierler y Krieger 1997). Los ciclos de riesgo e infección progresan unidos.

Pese a la solicitud de la Organización Mundial de la Salud de que se incrementen las prácticas terapéuticas y de rehabilitación, las políticas penitenciarias de los Estados Unidos siguen insistiendo en el castigo y, como consecuencia, ponen en peligro la salud pública. Las sinergias de salud negativas relacionadas con género se instauran cuando los administradores de prisiones, predominantemente hombres, tienden al castigo y

mantienen políticas y condiciones que minan la salud de los prisioneros hombres, del personal de las prisiones y, al mismo tiempo, de las mujeres y niños con los que todos ellos viven.

### **Sexo extramatrimonial y contagio: sinergias de salud negativas relacionadas con el género**

Distintos estudios sobre enfermedades de transmisión sexual ponen de manifiesto un patrón de relaciones de género y construcciones recíprocas de masculinidad y feminidad que constituyen sinergias de salud negativas relacionadas con género. Zambrana (1997) dirigió grupos focales sobre las prácticas sexuales conyugales con hombres profesionales de clase media baja que trabajaban en organizaciones bolivianas no gubernamentales. Los hombres afirmaban aburrirse del sexo conyugal y se quejaban de que sus mujeres “solo estaban allí”. También admitían que se sentirían desconcertados si sus mujeres les pidieran innovaciones o autonomía sexual, quizá porque sospecharían de una actividad sexual extramatrimonial. En la cultura boliviana, así como los hombres aprenden a ser iniciadores sexuales y participantes activos en el coito, las mujeres suelen interiorizar las expectativas culturales femeninas que abogan por la pasividad sexual y una castidad de tipo virginal.

El guión cultural de las relaciones sexuales conyugales definido por la actividad masculina y la pasividad femenina de estas parejas bolivianas se asoció a un riesgo elevado de enfermedades de transmisión sexual para ambos sexos. Muchos hombres admitieron buscar la excitación sexual fuera del matrimonio, tanto con amantes como con prostitutas, con el fin de satisfacer sus necesidades. El hecho de que la actividad sexual extramatrimonial sea una expectativa cultural compartida por los hombres quedó demostrado porque algunos de ellos, que no practicaban el sexo extramatrimonial, afirmaban ante sus amigos que sí lo hacían, con el fin de desempeñar el papel masculino adecuado. De la misma forma, la conformidad de las esposas con su feminidad pasiva pudo haber reducido el deseo de las mujeres de enfrentarse o preguntar a sus maridos acerca del sexo extramatrimonial o sobre sus prácticas sexuales con otras mujeres. La necesidad de los hombres de controlar sus matrimonios también podría haber contribuido a la falta de comunicación en relación con el ejercicio del sexo. En definitiva, las construcciones recíprocas de sensibilidades conyugales en torno a la actividad masculina y la pasividad feme-

nina incrementaba el riesgo de infecciones de transmisión sexual de ambos cónyuges y, en sentido amplio, en la comunidad, manteniendo al mismo tiempo la hegemonía masculina en relación con el matrimonio y la sexualidad.

Un estudio sobre las prácticas culturales de preparación para el sexo desarrolladas por las mujeres y los hombres de Zimbabwe revela claros vínculos entre la construcción de la identidad de género, la conducta sexual y la transmisión del VIH (Ray, Gumbo y Mbizvo 1996). Los investigadores describen las percepciones de los hombres del coito y la potencia masculina y, recíprocamente, el uso que hacen las mujeres de agentes desecantes de la vagina y de la aceptación pasiva para que el acto sexual despierte el placer del hombre, suponen un riesgo directo para la mujer de contraer infecciones genitales y el VIH. Al mismo tiempo, capturados por el sistema de trabajo emigrante engendrado por el desarrollo, los hombres trabajan en las ciudades, en fábricas o en minas y visitan periódicamente sus hogares ancestrales que son mantenidos por sus esposas. Las relaciones sexuales de los maridos con amantes y prostitutas mientras están fuera de casa suponen un riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y de adquirir el VIH, que después llevan consigo al lecho conyugal. En resumen, los autores señalan una confluencia de factores etiológicos y relaciones de género que facilitan la propagación de infecciones de transmisión sexual entre algunas parejas de Harare.

También las desigualdades y las expectativas de género intervienen en la transmisión del VIH a las mujeres de los Estados Unidos (Zierler y Krieger 1997). El número de casos de sida en mujeres estadounidenses infectadas a través del contacto sexual con hombres creció durante los años 1990. Varios estudios demuestran que las mujeres que dependen de una pareja masculina para conservar su situación social o su sostén económico tienen menos capacidad para esperar o negociar el uso del preservativo (Pivnick 1993; Wyatt y Dunn 1991). La dependencia psicológica de la pareja masculina, por ejemplo, sentimientos de soledad o incapacidad también se asocia a la renuencia de las mujeres a dialogar sobre las prácticas de reducción del riesgo (Amaro 1995). Recíprocamente, la ventaja económica del hombre sobre su pareja femenina y la supuesta superioridad masculina podrían conferir a aquel un sentimiento de conocimiento sexual que impida la adopción de prácticas de sexo seguro.

A pesar de las diferencias culturales, los estudios mencionados demuestran que las construcciones recíprocas de identidad y conducta de género

informan la conducta sexual entre hombres y mujeres en un sentido que eleva los riesgos de salud de ambos sexos.

### **Equidad de género en el ejercicio físico y la salud de la mujer: sinergias de salud mixtas relacionadas con el género**

En los últimos decenios, el número de niñas que participan en deportes y actividades físicas creció de forma espectacular en muchas naciones postindustriales. En los Estados Unidos, las jóvenes constituyen hoy 37% de los deportistas, lo que significa un incremento de 1 por cada 27 muchachas de 1971 a 1 de cada 3 de 1994. Durante el mismo período, la razón correspondiente a los hombres se mantuvo de 1 a 2. En 1994-1995, el número de muchachas que participaron en deportes en la escuela secundaria fue de 2.240.000 y el de muchachos, de 3.554.429, es decir, 37% y 63% respectivamente (National Federation of State High School Association 1995-1996).

El President's Council on Physical Fitness and Sports de los Estados Unidos (1997), publicó un informe interdisciplinario sobre las conexiones entre la actividad física y el bienestar en la vida de las niñas. Se observó que existía una asociación positiva entre el aumento de la actividad física y el funcionamiento cardiovascular y musculoesquelético de las jóvenes, su bienestar psicológico, sus relaciones con los amigos y familiares y el rendimiento escolar. La participación deportiva también fue proporcional a la reducción del riesgo de embarazo en adolescentes (Sabo et al. 1998; Miller et al 1998; Zill, Nord y Loomis 1995). Cuando los programas deportivos están bien organizados, pueden constituir una ayuda al desarrollo y un bien de salud pública para las jóvenes y, por derivación, también para los muchachos (Sabo 1997).

Pese al crecimiento de la participación femenina y de la legislación sobre igualdad de oportunidades en el deporte, en los Estados Unidos persiste el conflicto sobre la equidad de género en el deporte. La resistencia política por parte de la élite masculina de las organizaciones deportivas y los estereotipos de género relacionados con la fuerza masculina y la fragilidad femenina siguen minando los esfuerzos por asegurar una equidad de género en los deportes (Cahn 1994; Hargreaves 1994) y los obstáculos que estas actitudes suponen para la actividad física de las mujeres y las niñas pueden ser considerados como una sinergia de salud negativa relacionada con género.

No obstante, al mismo tiempo se están produciendo sinergias de salud positivas relacionadas con género en el deporte estadounidense. Por ejemplo, la legislación que apoyaba la equidad de género en el deporte norteamericano fue apoyada tanto por las mujeres congresistas como por sus colegas hombres. Cada vez aumenta el número de administradores hombres de escuelas, entrenadores y directores deportivos que dan mayores oportunidades a las niñas. Los hombres están promulgando leyes en nombre de sus hijas, equipos o clientes femeninos. Por último, los defensores de la salud pública de Kenya, Mali y Viet Nam están usando los programas deportivos de las escuelas o comunidades como nexo social para enviar mensajes a los jóvenes de ambos sexos sobre la transmisión del VIH y otros temas relacionados con la salud reproductiva (Brady 1998). Los programas deportivos apoyados por los gobiernos de Australia, Gran Bretaña, Irlanda del Norte, Nueva Zelanda, Escocia y Gales están creando oportunidades para el deporte de calidad de niñas y niños como una forma de estrategia de salud preventiva (Ogle 1997).

## CONCLUSIÓN

García-Moreno (1998) escribió que el “propósito del análisis de género consiste en ... identificar, analizar y actuar sobre las desigualdades derivadas de la pertenencia a uno u otro sexo o sobre las desiguales relaciones de poder entre los sexos”. En concordancia con este objetivo, en este trabajo se recurrió a la teoría feminista crítica con el fin de tratar diversos aspectos de salud del hombre en el contexto de un orden de género más amplio.

Los defensores de la perspectiva de género en la salud pretenden, en general, mejorar la equidad en salud, asegurando que ambos sexos reciban servicios de atención en salud de nivel y calidad similares, estimulando la investigación sobre la salud de la mujer y los programas de evaluación, y garantizando que los recursos asignados para cubrir las necesidades de salud de las mujeres sean comparables a los destinados a los varones (Whitehead 1992). De esta forma, los defensores de la equidad de género en salud piden más políticas “que tengan en cuenta el género”, pero sus mensajes no siempre son escuchados por los hombres que dominan los puestos dirigentes y los círculos de planificación de las organizaciones nacionales e internacionales encargadas de las políticas de salud (Pfannenschmidt y McKay 1997).

Algunos hombres son escépticos en cuanto a los esfuerzos para aumentar los recursos destinados a la salud de la mujer. Cuando tales esfuerzos se contemplan como una medida del resultado final, señalan los datos que demuestran la mayor longevidad de las mujeres y que parecen confundir o minar la petición de priorizar las iniciativas destinadas a mejorar la salud femenina. Plantean la cuestión siguiente: ¿Deben asignarse recursos adicionales destinados a mejorar la salud de la mujer, a la vista de la mayor mortalidad del hombre? Sin embargo, esta manera de pensar revela la tendencia a considerar los aspectos relacionados con la equidad de género en términos binarios y categóricos: hombres contra mujeres. Además, concede más importancia a la salud biológica, sin considerar los procesos sociales que influyen en la salud y el bienestar.

Cuando en el diálogo sobre la equidad de género en salud se esgrimen estas dudas generadas por las mayores tasas de mortalidad de los hombres, los defensores de la salud de la mujer concluyen a veces que la atención prestada a la salud de los hombres podría minar la defensa de la equidad de género en salud, es decir, que una mayor preocupación por la salud de los hombres podría detraer esfuerzos destinados a las mujeres y que asegurarían una mayor concienciación y asignación de recursos para las necesidades de salud de la mujer. Sin embargo, la cuestión básica debe ser: ¿Cómo puede integrarse el estudio de la salud de los hombres en una teoría de la salud de la mujer o de género y salud? O, como plantearon Sabo y Gordon (1995), “¿Cómo pueden posicionarse o ubicarse los estudios sobre la salud de los hombres en relación con los dedicados a la salud de la mujeres, los estudios de mujeres, los estudios de género o el paradigma feminista?”. Políticamente, la discusión suele girar en torno al hallazgo de un lugar para los hombres dentro de la teoría y la práctica feministas y, más concretamente, del lugar que han de ocupar los papeles masculinos en relación con los movimientos defensores de la salud de la mujer.

Lo anterior representa un análisis sensible al género de la salud de los hombres, y a la forma en que las construcciones de masculinidad influyen a veces en los resultados de salud de los hombres. Además, se demuestra que los comportamientos y los efectos en la salud de los hombres en función de su género también influyen en el estado de salud de las mujeres. Se desarrolla un marco relacional con el fin de explorar las sinergias de salud tanto positivas como negativas relacionadas con el género y que se establecen entre ambos sexos. Por último, los defensores de la salud de los

hombres pueden adoptar una orientación centrada en la mujer mediante un mejor conocimiento de la forma en que los programas y las políticas influyen en las sinergias de salud entre los sexos y de cada uno de ellos.

Las publicaciones epidemiológicas y sociológicas sobre la salud, procedentes tanto de los países desarrollados como de los que se encuentran en desarrollo, insisten mucho en las diferencias de género (McIntyre, Hunt y Sweeting 1996). Típicamente, la investigación pretende identificar las diferencias entre la salud de mujeres y hombres para después emitir teorías sobre su etiología. El énfasis dado a las diferencias de género resultó muy útil pero, quizá, también omitió investigar algunas de las similitudes entre los riesgos de salud de mujeres y hombres o, en el contexto de este trabajo, el carácter relacional de las sinergias de salud relacionadas con el género que pueden influir positiva o negativamente en la salud de ambos sexos.

El marco relacional permite comprender mejor la mutua dependencia existente entre las vidas de mujeres y hombres y sus respectivos estados de salud. Por último, los enfoques de tipo relacional pueden introducir los aspectos de la salud de los hombres en el diálogo sobre la equidad de género en salud de forma que no erosionen la sensibilidad y el compromiso con los aspectos de salud de la mujer y las agendas políticas.