

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Soportando el dolor: Reproducción de la masculinidad
hegemónica en los servicios de salud del seguro popular.**

TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

DULCE ROSARIO DIEGO VASQUEZ

Directora de trabajo recepcional

Dra. Ana Prado Murrieta

Ciudad de México, diciembre 2017.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

A la Dra. Ana Prado Murrieta, por su ayuda en la presente investigación. Así como su paciencia, consejos y en especial su dedicación. Gracias porque sin usted este trabajo no sería posible.

A mis lectores, Claudia, Víctor, Melania y Fernando por su colaboración en la mejora de la presente investigación. Por su apoyo gracias.

Al Profesor, Adrián, quien nunca dejó de creer en mí y siempre me apoyo para que no dejará de estudiar, gracias por sus consejos y comprensión.

A la Sra. María, decir gracias no es suficiente, pues siempre me brindó su apoyo, comprensión y consejos.

A mis hermanos, a quienes amo, pues a su lado he tenido grandes momentos, así como malos, pero siempre han estado ahí dándome su apoyo incondicional. Quiero agradecer en especial a mi hermana, por apoyarme y escucharme, así como su gran paciencia, para la elaboración de esta tesis, pero especialmente por su cariño y animarme a seguir adelante.

A mis amigos, especialmente a Viri y Xóchitl, quienes siempre me escucharon y animaron e incluso toleraron algunos momentos de angustia, pero estuvieron ahí para darme ánimo.

A Yahel por estar a mi lado en las buenas y en las malas; agradezco que logres hacerme reír, aun en los momentos más difíciles. Sé que decir te quiero no basta para compensar todo lo que has hecho por mí. Probablemente piensas que no formas parte de este logro, sin embargo, quiero que sepas que el tiempo que pasaste conmigo significó mucho, ya que hay relaciones que nacen sin saber por qué.

Por último, pero no menos importante a la mujer que me ha apoyado toda su vida, quien nunca dejó de creer en mí, pues siempre ha estado en las buenas y en las malas conmigo. A mi madre, porque sin ella este momento no sería posible, pues como dice Antoine De Saint "has de tu vida un sueño y de tu sueño una realidad". Tal como me has enseñado. Sé que decir gracias no basta para compensar todo lo que has hecho por mí, tu comprensión, apoyo, paciencia y cuidados. TE AMO

Índice

1.	Introducción	8
2.	Justificación	10
3.	Planteamiento del problema	11
4.	Objetivo general	13
4.1.	Objetivos específicos	13
5.	SER HOMBRE EN MÉXICO	14
5.1.	El género como categoría analítica	14
5.1.2.	Masculinidad	15
5.1.3.	La situación de salud del hombre en México	20
5.2.	EL SEGURO POPULAR Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A LOS HOMBRES.	26
5.2.1.	Antecedentes	26
5.2.2.	Creación del Seguro Popular	27
5.2.3.	Financiamiento	28
5.2.4.	Cómo funciona el Seguro Popular	29
5.2.5.	Visión crítica del Seguro Popular	32
5.2.6.	Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)	35
5.2.7.	Intervenciones dirigidas al hombre del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)	36
5.2.8.	Servicios que ofrece el Seguro Popular al género masculino	37
5.2.9.	Egresos hospitalarios del Seguro Popular (SP)	45
5.3.	Aportes oficiales para mejorar la salud del hombre	47
5.4.	LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO UNA HERRAMIENTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS MASCULINIDADES	49
5.4.1.	Conceptos generales de Promoción de la Salud	49
5.4.2.	Experiencias e investigaciones de género en Promoción de la Salud	55
	Género, mujer y salud en las américas	57

6.	Metodología.....	58
7.	Resultados.....	85
8.	Conclusiones.....	90
	Referencias bibliográficas	93
	Apéndice 1	101
	Principales causas y porcentaje de defunciones en hombres de 15 a 24 años en el periodo 2010	
	Apéndice 2	101
	Principales causas y porcentaje de defunciones en hombres de 25 a 44 años en el periodo 2010	
	Apéndice 3	102
	Principales causas y porcentaje de defunciones en mujeres de 15 a 24 años en el periodo 2010	
	Apéndice 4	102
	Principales causas y porcentaje de defunciones en mujeres de 25 a 44 años en el periodo 2010	
	Apéndice 5	103
	Apéndice 6	103
	Apéndice 7	104

Índice de tablas

Tabla 1. Estructura financiera de los seguros públicos de salud.....	28
Tabla 2. Características del Seguro Popular y del Seguro Social Laboral.....	30
Tabla 3. Razones de falta de acceso a la atención institucional teniendo problemas de salud según tipo de seguro, 2010.....	34
Tabla 4. Acciones preventivas para hombres y mujeres de 20 a 59 años.....	40
Tabla 5. Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años.....	41
Tabla 6. Intervenciones dirigidas al hombre.....	43
Tabla 7. Egresos hospitalarios del SP por edad y sexo, 2012.....	45
Tabla 8. Funciones de la Promoción de la Salud.....	52
Tabla 9. Investigaciones recolectadas sobre género, salud y masculinidad.....	56
Tabla 10. Investigaciones recolectadas sobre género y salud femenina.....	57

Índice de imágenes

Imagen 1. Principales causas de muerte en hombres de 15 a 29 años en el periodo de 2005.....	22
Imagen 2. Principales causas de muerte en mujeres de 15 a 29 años en el periodo de 2005.....	23
Imagen 3. Principales causas de muerte en hombres de 30 a 59 años en el periodo 2005.....	24
Imagen 4. Principales causas de muerte en mujeres de 30 a 59 años en el periodo 2005.....	25

1. Introducción

La finalidad de la presente investigación es mostrar como el modelo hegemónico de la masculinidad, ha repercutido en la salud de los hombres, y que posiblemente por esta razón sean pocos los programas de salud dirigidos hacia ellos, así como la poca asistencia por parte del hombre en los servicios de salud que ofrece el Seguro Popular (SP). Por otro lado, ha incrementado la mortalidad masculina no solo en México, sino en todo el mundo, pues se ha comprobado que el hombre muere seis años y medio antes que la mujer. Entre las causas principales de fallecimientos en varones se encuentran: accidentes automovilísticos, homicidios y lesiones auto infligidas.

Por eso es importante que el sector salud comience a ver este problema con un enfoque de género en donde la salud del hombre sea construida desde nuevas masculinidades y nuevas apropiaciones de lo que "significa ser un hombre". Pues el hecho de que las principales causas de muerte del varón se den de forma violenta, tiene que ver con las acciones que lleva a cabo en su vida diaria, pues a éste se le ha enseñado a ser temerario, agresivo, audaz, etcétera. Esta situación ha derivado a que el hombre se idealice como alguien inmune, por ejemplo: éste piensa que los servicios de salud solo son para: ancianos, mujeres, niños o enfermos, categorías en las que cree no caer.

Respecto con lo anterior, este trabajo está dividido en tres partes: la primera está conformada por un análisis donde se explica la reproducción de la masculinidad a partir de hábitos y costumbres que son inculcados al hombre. Por otra parte, trataré el concepto de masculinidad para explicar los roles sociales que se han construido alrededor de lo que debe de ser un hombre "sano" y por ende los riesgos que estos estigmas sociales representan para la salud.

En el segundo capítulo se hace una breve descripción y un análisis crítico del Seguro Popular (SP) para identificar cuantos servicios de salud están enfocados al hombre.

En el tercer capítulo se expone la importancia del concepto de Promoción de la Salud, pues éste es de gran relevancia dado que nos explica como la salud se ve afectada por aspectos políticos, culturales, económicos, sociales y no solo es

abarcada por cuestiones biológicas. Posteriormente, se muestran las dificultades que tuvo la realización este proyecto, dado que existen más investigaciones hacia la salud de la mujer.

La metodología utilizada para esta investigación fue cualitativa etnográfica, tomando como base la elaboración de entrevistas a profundidad dirigidas al personal médico de los servicios ofertados por el Seguro Popular y a hombres de San Miguel Topilejo, CDMX, con la finalidad de recuperar sus experiencias en torno a la masculinidad. Finalmente, en las conclusiones se reflexiona sobre los principales hallazgos de esta investigación.

2. Justificación

En México existe un alto índice de fallecimientos en el hombre a diferencia de la mujer, éste se da con mayor frecuencia entre jóvenes de 15 a 29 años de edad, pues durante este periodo se registran 253 fallecimientos de hombres por cada 100 defunciones de mujeres (INEGI, 2007). Además, las principales causas de muerte se asocian a factores sociales y biológicos, como ejemplo coloco: los accidentes que la mayor parte se deben al consumo de alcohol, por otro lado, las enfermedades de hígado, entre las que se encuentra la cirrosis asociada al consumo de alcohol.

Por otro lado, la esperanza de vida en el varón es menor que el de la mujer, pues en promedio estos fallecen a los 73.2 años mientras que las mujeres a los 77.9 años (INEGI, 2011). Las circunstancias que generan esta situación es debido a las prácticas y saberes que se les han inculcado a los hombres, los cuales hacen que lleven más riesgos a lo largo de su vida; como el abuso de sustancias entre estas el alcohol, relaciones sexuales sin protección, lo cual, no solo provoca embarazos no deseados, sino enfermedades de transmisión sexual.

Respecto con lo anterior, es importante realizar un trabajo sobre la salud de los hombres dado que hay pocas investigaciones realizadas hacia ellos ya que socialmente existe un estigma en donde se considera que el hombre es el sexo fuerte, sin embargo, se ven afectados tanto física como socialmente, un claro ejemplo son las principales causas de muerte que sufre el sexo masculino que son: accidentes automovilísticos, homicidios y agresiones, como se contempla éstas se dan de forma violenta, por eso es primordial realizar un análisis sobre las principales causas de muerte que éste sufre y ver qué servicios de salud están disponibles para que el hombre recupere su salud.

Por otra parte, deseo hacer notar que la presente investigación es relevante, ya que a través de ésta puede demostrarse la ausencia de servicios médicos dirigidos hacia los hombres. Además, implica una gran preocupación, pues en pleno siglo XXI no existe un aparente interés por la salud del hombre por parte de las instituciones de salud. Es común que la mayoría de sus programas sean enfocados a la mujer. Sin mencionar que en el caso del varón el autocuidado no juega un papel importante dentro de su vida.

3. Planteamiento del problema

La ausencia de servicios y programas de salud dirigidos al hombre, así como la poca difusión de éstos, ha provocado una desventaja en el proceso de salud-enfermedad del sexo masculino, aunado al hecho de hábitos y costumbres que se le han inculcado al varón.

En la actualidad el hombre ocupa un lugar de prestigio, sin embargo, el único lugar donde no lo tiene es en la salud, porque su esperanza de vida es a los 73.3 años 4 menos que las mujeres. La intención de este escrito es mostrar cómo debido a la educación inculcada sobre identidad de género, el varón decide llevar más riesgos, situación que perjudica su salud, así como a terceros. Este suceso ha dado como resultado que las principales causas de muerte del hombre se den de forma violenta.

Por otra parte, no podemos dejar de lado a las instituciones de salud, las cuales contemplan el proceso salud-enfermedad de forma uni-causal. He mencionado esto porque es evidente que si el hombre muere de forma tan drástica no es solo por un factor biológico, pues como mencioné, también tiene una génesis social, además este a diferencia de la mujer no tiene corporizado el autocuidado en su vida diaria, aunado al hecho de que se le ha enseñado a ser una máquina productiva, la cual puede con todo.

Esta situación ha provocado que el hombre sea renuente a la hora de recibir ayuda médica, tal vez a eso se deba que tengan poca difusión algunos programas de salud dirigidos al hombre, como el Programa Nacional de Vasectomía, el cual fue implementado en 1993, sin embargo, no tiene un cartel oficial que invite al sexo masculino a participar.

Por otro lado, es importante señalar que aún en las campañas que se habla de equidad de género entre hombres y mujeres, se siguen tocando varios estereotipos al momento de invitar a participar a la población. Por ejemplo: en el caso de los hombres aún se fomenta la masculinidad hegemónica, el asunto que expondré es la campaña denominada “noviembre azul”, tiene este nombre porque el 17 de noviembre se lleva a cabo el día mundial de Cáncer de Próstata y el azul alude al color que se le asigna comúnmente al género masculino.

En cuanto a algunos carteles unos tienen el lema “Prevención también es cosa de hombres” y debajo de este lema se encuentra un bigote, característica física del hombre (buscar imagen en apéndice 5). Si bien la intención es invitar a participar al hombre, se debe tener cuidado en no resaltar valores que fomenten la masculinidad hegemónica, lo cual se observa con el lema **“es cosa de hombres”** se debe buscar la manera de invitar a la población masculina, sin necesidad de reforzar los estereotipos.

Por lo tanto, es hora de cuestionarse cuál es el papel de la masculinidad en relación a la reproducción social del significado del “ser hombre”. El trabajo tiene como eje principal reflexionar la necesidad de desnaturalizar los patrones impuestos a hombres, porque estos patrones tienen repercusiones en la salud de las personas. Es decir, el patrón masculino hegemónico que exige a los hombres ser fuertes y resistentes es un factor que agrava los padecimientos que aquejan a esta población. En este sentido la pregunta de investigación del presente trabajo es: ¿cómo se relaciona la construcción y reproducción hegemónica de la masculinidad con la prestación de servicios de salud a los varones en el Seguro Popular?

4. Objetivo general

Analizar cómo se expresa la reproducción de la masculinidad hegemónica en la prestación de los servicios de salud en el Seguro Popular, desde un enfoque crítico en Promoción de la salud.

4.1. Objetivos específicos

- Mostrar la influencia de orden de género en la atención que reciben los hombres en los servicios de salud.
- Recuperar las experiencias de los hombres relacionadas con la reproducción de la masculinidad a la hora de recibir atención en salud.
- Evidenciar el tipo de atención en salud que reciben los hombres dentro del programa del Seguro Popular de Salud.

5. SER HOMBRE EN MÉXICO

5.1. El género como categoría analítica

Para dar inicio con el presente tema mencionaré el concepto de **género**, el cual se entenderá como aquellos atributos y funciones, que no involucran solo lo biológico y reproductivo, pues también es una construcción social y cultural que se adjudican al hombre y a la mujer para justificar su modo de actuar ante la sociedad. (De Keijzer, 2004)

La importancia de comprender el concepto de género es porque nos permite analizar y explicar la construcción social, simbólica e histórico-cultural de hombres y mujeres sobre la base de la diferencia sexual (Hernández, 2006). Aunado a esto, dicho concepto ayuda a esclarecer las distinciones entre lo femenino y lo masculino, así como la relación entre éstos (Hernández, 2006). Otro rasgo que es importante mencionar es la perspectiva de género, la cual se caracteriza por distinguir los aspectos biológicos y sociales atribuidos a cada sexo, hasta aquí todo parece claro, pues es evidente que haya una diferencia en ambos sexos, el problema inicia cuando sus derechos, responsabilidades y oportunidades comienzan a depender por el hecho de haber nacido hombre o mujer (La mujer y el hombre en el 2000 y después, 2008). Por lo cual, dentro de este texto se comprenderá a la perspectiva de género como “una herramienta de análisis que nos permite identificar las diferencias entre mujeres y hombres para establecer acciones tendientes a promover situaciones de equidad” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011)

Por otro lado, deseo mostrar cómo esta construcción social estereotipada alrededor de los varones, genera amplias repercusiones en la salud de los hombres. Para esclarecer mi idea hago mención de que los roles (conjunto de actividades establecidas socialmente para cada sexo) (Herrera Santi, 2000) que se le han inculcado al hombre repercuten en gran medida en su salud tanto biológica como socialmente, un claro ejemplo son las tres principales causas de muerte que éste sufre, las cuales son: homicidios, accidentes automovilísticos y agresiones, pero esto se analizará a detalle en el apartado “la situación de salud del hombre en México”. Por eso es necesario ampliar la mirada que se tiene acerca de la forma en

que se integra la experiencia de vida y prácticas sociales donde hombres y mujeres construyen, elaboran y recrean sus vivencias (Cabral y García, s.f).

Por otra parte, es importante mencionar que las investigaciones que se han hecho acerca de género han sido realizadas por mujeres, donde se analiza la situación y condición femenina (De Keijzer,2003). El género nace con el fin de denunciar la condición de las mujeres durante la década de los 80 para reforzarse en los 90, asimismo se abre una brecha para comprender la condición masculina (De Keijzer, 2004). No obstante, la subordinación hacia la mujer predomina, la cual la coloca en múltiples situaciones de violencia física, psicológica y sexual, además se le recalca el cuidado hacia los demás, principalmente su familia lo que trae como consecuencia dejar de lado su auto cuidado (Monreal y otros, 2012).

Por otro lado, hablar de género dentro de este texto implicará la desnaturalización de sus prácticas. Ahora bien, ¿por qué desnaturalización? Porque se dirige a reflexionar los patrones impuestos tanto para hombres como mujeres, porque en ambos casos estos estándares tienen repercusiones en la salud de las personas. Por una parte, el patrón masculino hegemónico que exige a los hombres ser fuertes y resistentes, lo cual es un factor influyente en la posición de la salud de la ayuda médica.

5.1.2. Masculinidad

Como mencioné, la mayoría de los trabajos acerca de género son realizados para analizar la situación y condición femenina, los cuales han hecho fuertes críticas hacia el género masculino. Sin embargo, ya comienzan a existir estudios sobre masculinidad, donde al hombre ya se le mira con una perspectiva de género. (De Keijzer, 2004). En el presente trabajo se definirá a la **masculinidad** como “aquellos atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada” (De Keijzer, 2004). En relación con esto De Keijzer (2006) menciona que en México y América Latina hay un modelo hegemónico de éste, el cual se caracteriza por presentar a un hombre dominante que sirve para discriminar, así como subordinar a la mujer y a otros varones. Lo cual nos lleva a lo siguiente y es que, en nuestra sociedad, la construcción de la masculinidad se caracteriza por

los siguientes aspectos: la identidad se construye a partir de NO ser mujer, establecer relaciones de poder, negar emociones y probar su virilidad (Botello, s.f).

En cuanto al primer aspecto mencionado se logra identificar que la identidad de la masculinidad se construye en forma de negación de manera puntual me refiero a que dicha construcción se caracteriza por no tener y demostrar ningún atributo que se considere exclusivo de la mujer, porque esto es asumido y percibido como inferioridad (Guzmán, 2016). Para esclarecer esta idea pongo como ejemplo: que es común que al hombre desde niño se le enseña a ser “hombrecito” rechazando características como: ser afectivo, no mostrar ternura, etcétera, atributos que son considerados únicamente de la mujer (Botello, s.f).

Por otro lado, la masculinidad históricamente posee un elemento clave, que son las **relaciones de poder**, pues el hombre necesita reafirmar su identidad a través del control y dominio hacia mujeres y hombres. Un claro ejemplo es dentro del hogar con su esposa e hijos pues es común que el varón sea quien fije la disciplina y el orden, lo cual le provee gran ventaja. Sin embargo, dicho poder exige otras características como ganar, ordenar, lograr objetivos y sobre todo ser duro (Hardy y Jiménez, 2001).

Lo cual nos lleva a lo siguiente y es que el hombre debe **negar sus emociones**, a pesar de que es él quien tiene el poder, no significa que sea del todo ventajoso para éste, dado que implica un control total sobre sus sentimientos, emociones y necesidades afectivas, ya que estas características son atribuidas solamente al sexo femenino, lo que daría como respuesta una pérdida de su dominio hacia los demás. El suprimir sus emociones como: ser sensibles, mostrar miedo, tristeza o ternura, provoca temor en él, porque repercute en su identidad de género, pues es común que solo se piense que alguien homosexual o una mujer sea capaz de mostrar ternura, esto provoca que el varón sea más agresivo y sobre todo duro, pues solo así afirma más su masculinidad (Hardy & Jiménez, 2001), tal vez esto explique porque el hombre difícilmente desarrolla lazos afectivos con personas de su mismo sexo y que decir hacia una mujer (Hardy & Jiménez, 2001). Además, el hombre solo tiene permitido expresarse bajo las condiciones de alguna sustancia (alcohol), pues está dentro de la normalidad de nuestra sociedad, por tanto, no es

común e inclusive es difícil que un hombre exprese emociones o pida ayuda al tener algún problema como la partida de un ser querido, o la ruptura de una pareja, y lo que hacen es aguantar el dolor (Fleiz, Domínguez y otros, 2014). Lo cual puede derivar en otras enfermedades como: alcoholismo, drogodependencias, suicidios, las cuales se encuentran dentro de las principales causas de muerte del varón (Bonino, 1999).

Por último, **el hombre prueba su virilidad** a través de: la fertilidad, actividad sexual, fuerza física, temeridad, abuso de sustancias, etcétera. Lo cual nos lleva a lo siguiente y es que De Keijzer (2006) hace mención de algo que atrajo mi atención y es cómo a través de una frase muy habitual explica algunos comportamientos del hombre y es “hasta donde el cuerpo aguante” en primer lugar De Keijzer (2006) hace hincapié en que los hombres hablan de “el” cuerpo y no de “mi” cuerpo, debido a las prácticas y saberes que se le han inculcado al hombre se ven como un objeto o instrumento, el cual puede con todo, tal vez esto alude a que sean tan renuentes para recibir ayuda, ya sea por problemas de salud o emocionales.

Otro momento en el que se aprecia el uso del cuerpo como un instrumento es cuando la mayoría de los varones se exceden en el ejercicio como los físico-culturistas, pues al querer marcar su cuerpo se provocan lesiones como desgarros, hernias de disco etcétera (De Keijzer, 2006), otras situaciones donde se aplica esta frase son en el abuso del alcohol y en la sexualidad, pues de igual forma se ven afectados, en el caso del abuso de sustancias hay un gran índice de accidentes automovilísticos, mientras que en el caso de la sexualidad debido a que el hombre quiere mostrar su virilidad decide no protegerse, lo cual trae daños a su salud como el VIH/sida u otras enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario recalcar como este tipo de situaciones afecta la salud del hombre ya sea directa o indirectamente. En la primera coloco como ejemplo el abuso de alcohol, lo cual indirectamente derivara a enfermedades como cirrosis u otro tipo de situaciones, por ejemplo, accidentes automovilísticos, etcétera. Este tipo de situaciones permite ver como el autocuidado no juega un papel importante en la salud del hombre. El **autocuidado**, comúnmente se entiende como las acciones y prácticas que asumen las personas en donde promueven conductas positivas en

beneficio de su salud y con ello prevenir enfermedades (Sillas González & Jordán Jinez, 2011). Aunado a esto el cuidado hacia los otros también se ha asignado de forma diferente a cada sexo, por ejemplo: antes los cuidados que tenían que ver con mantenimiento, orden público o aplicación de la fuerza física, eran asignados a hombres, para que esto quede más claro era común que el varón se hiciera cargo del dominio de personas en estado de locura o reducción de fracturas, mientras que la mujer era quien se encargaba más de los cuidados de la vida, los cuales se relacionaban con el cuidado del cuerpo y todo lo que fuera necesario para mantener éste en un entorno sano (Uribe J., 1999). Lo dicho hasta aquí nos permite comprender porque la salud y el autocuidado no juegan un papel importante dentro de la identidad masculina, y que este rol es asignado con mayor fuerza a la mujer.

Por otro lado, al hombre se le relaciona con diversas conductas de riesgo como: accidentes de tránsito, alcoholismo, lesiones por violencia y accidentes laborales (Monreal y otros, 2012). Esto explica la creciente sobre mortalidad que se han dado en las últimas décadas, además resaltan problemas del corazón, cáncer de próstata y pulmón. Como se observa la masculinidad influyen en la salud del hombre, sin embargo, también se ve influenciado por otros factores que no podemos dejar de lado como: la clase social, la etnia, el contexto local y las estructuras del país (Editado por Mandy, 2000).

Hasta el momento he dado características sobre la masculinidad y cómo es que se relacionan con el autocuidado y salud del hombre, pero no podemos dejar de lado al sector salud, el cual tardó en colocarse los lentes con el color del cristal del género, dado que fue hasta el siglo XXI que se vio un avance y diferenciación de las estadísticas, pues éstas comenzaron a arrojar resultados por sexos, lo cual, permitió reconocer mejor el impacto que las diferencias biológicas imprimen sobre la población (Rico, 2012). No obstante, la masculinidad nos permite ver más allá, es decir el sexo nos indica que solo el hombre puede tener cáncer de próstata, sin embargo, se puede hacer un análisis a través de la masculinidad para identificar la alta incidencia en cáncer pulmonar, alcoholismo, etcétera (Monreal y otros, 2012).

Por otro lado, la masculinidad no solo afecta al hombre, pues también se ven afectados mujeres, niños y niñas; entre hombres y para el hombre mismo. De acuerdo con De Keijzer (1997) a esto lo denominaremos factor de riesgo. En cuanto al último se vincula directamente con el autocuidado; aunque el hecho de relacionarse con la pareja, familia, amigos influye en el área emocional y social del autocuidado de los hombres (Monreal y otros, 2012).

Factor de riesgo hacia mujeres, niños y niñas; éste se caracteriza por que se ven afectados por la masculinidad hegemónica que existe en las diferentes culturas. Encontramos como principal problema la violencia doméstica, la cual en la actualidad es considerada una problemática de salud pública (De Keijzer, 1997).

Como segundo punto tenemos el **factor de riesgo hacia otros hombres**, hemos mencionado el modelo hegemónico de masculinidad, el cual, se caracteriza por mostrar a un varón que debe subordinar a otras mujeres u hombres, a través de agresión física, verbal, psicológica, sexual o económica. Es común que entre hombres se creen relaciones de poder y dominación a través de la burla, la presión y la violencia (De Keijzer, 1997). Y cuando hablamos del uso de poder hacia otros hombres se da principalmente por medio de accidentes automovilísticos, los cuales se encuentran como primera causa de fallecimientos y homicidios, (De Keijzer, 2003).

Y para finalizar encontramos el **factor de riesgo hacia el hombre mismo**, éste se caracteriza en como al varón se le ha enseñado a llevar riesgos, lo cual genera dificultades para llevar a cabo relaciones de autocuidado (Monreal y otros, 2012). Dentro de estos casos de igual forma se dan los accidentes, homicidios, lesiones auto infligidas intencionalmente, éstas se encuentran como tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad (INEGI, 2007) y la incorporación de adicciones en específico el consumo de alcohol, el cual es la causa en la mayoría de accidentes de tránsito. Como se contempla la masculinidad influye en gran medida en la salud del hombre, y esto se logra ver a través del índice de muerte, el cual es mayor al de la mujer, además las principales formas de morir se dan de forma violenta.

5.1.3. La situación de salud del hombre en México

Como se ha dicho en las últimas décadas ha habido una creciente sobre mortalidad masculina no solo en México sino en todo el mundo, situación que ha provocado una visión con enfoque de género a la salud en el campo de la medicina, además aún son pocos los profesionales que se dedican a la atención de hombres. Aunado a esto a menudo se considera a los urólogos como los únicos especialistas para abordar la salud masculina (Elterman & Pelman MD, 2014).

Al inicio mencioné que las principales muertes del sexo masculino se relacionan con accidentes automovilísticos, homicidios y agresiones, traigo esto a colación porque anteriormente las enfermedades del hombre solo se relacionaban con enfermedades de un solo sistema y éste era el genitourinario (Elterman & Pelman MD, 2014). Lo cual provocó que solo se atendieran problemas relacionados con la infertilidad, aumento de la próstata, síntomas urinarios y cáncer, los cuales solo pueden ser tratados por un urólogo.

Sin embargo, esto trajo como resultado que se trataran de forma aislada dichas enfermedades y como he mencionado ha sido reciente la inclusión de perspectiva de género en el sector salud y dicha situación surge a raíz de una pregunta ¿por qué los hombres mueren antes que las mujeres? (Elterman & Pelman MD, 2014).

Como se ha mostrado, tanto el hombre como la mujer son diferentes, sin embargo, la salud de ambos se ve influenciada por la clase social, educación, trabajo y evidentemente la construcción social, ésta ha provocado diferentes formas de autocuidado en cada uno, lo cual se mencionó anteriormente. Esta situación ha inducido a que el hombre sea renuente para ir al médico y si lo hace es por su cónyuge quien comúnmente lo incita, pues a la mujer se le ha impuesto la responsabilidad de la salud de su familia.

Como se afirmó en párrafos anteriores, la masculinidad es un factor de riesgo entre hombres y hacia el hombre mismo, esto podría explicar porque muere seis años y medio antes que las mujeres, este dato es de 1997 (De Keijzer, 1997) y 14 años después la estadística no ha cambiado, pues en México la mortalidad de los hombres en casi todas las edades sigue siendo mayor que el de las mujeres, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la esperanza de vida

para las mujeres en el año 2011 fue de 77.9 años, mientras que en los hombres fue de 73.2 años (Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México, 2011).

En “El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva”, De Keijzer (1997) señala que, durante el periodo de 1986, los accidentes aparecen como segunda causa de muerte entre hombres, mientras que el homicidio se encuentra en cuarto lugar a nivel nacional. Y ¿qué es lo que ha pasado 31 años después? Es preocupante decir que la mortalidad masculina aún es mayor a la de la mujer y que ésta se está dando con mayor fuerza en jóvenes de 15 a 29 años de edad, dado que durante este rango se registran 253 fallecimientos de hombres por cada 100 defunciones de mujeres (INEGI, 2007). Además, los accidentes y enfermedades por hígado se encuentran entre las tres principales causas de muerte en el hombre.

Como indiqué en un principio, la mortalidad del hombre en casi todas sus edades es mayor a diferencia de la mujer, que durante el 2005 se registraron 6820 fallecimientos en menores de 5 a 14 años de edad, de estas defunciones el 57.5%, pertenece al sexo masculino, es decir el porcentaje es mayor al de las mujeres que es de 42.5%.

De Keijzer (2003) menciona que durante la edad escolar hay una mortalidad similar entre niños y niñas, sin embargo, las defunciones entre menores de 5 a 14 años ha cambiado pues la sobre-mortalidad masculina durante este periodo se dio con mayor fuerza por accidentes y en general por comportamientos violentos, los accidentes durante este periodo se ubican como primer lugar tanto para hombres como mujeres, pero el índice de fallecimientos sigue siendo mayor en los varones, con 33.1% mientras que las niñas marcan un 22.8% (INEGI; 2007).

Por otro lado, he de mencionar que la información manejada hasta el momento es de 2005, aclaro que también se revisaron las estadísticas de 2010, el cambio no es mucho. Por ejemplo, en el 2005 la primera causa de decesos en hombres de 15 a 29 años de edad fueron los accidentes automovilísticos con un 37.2% y durante el 2010 siguen ocupando el primer lugar, sin embargo, también se encuentra como

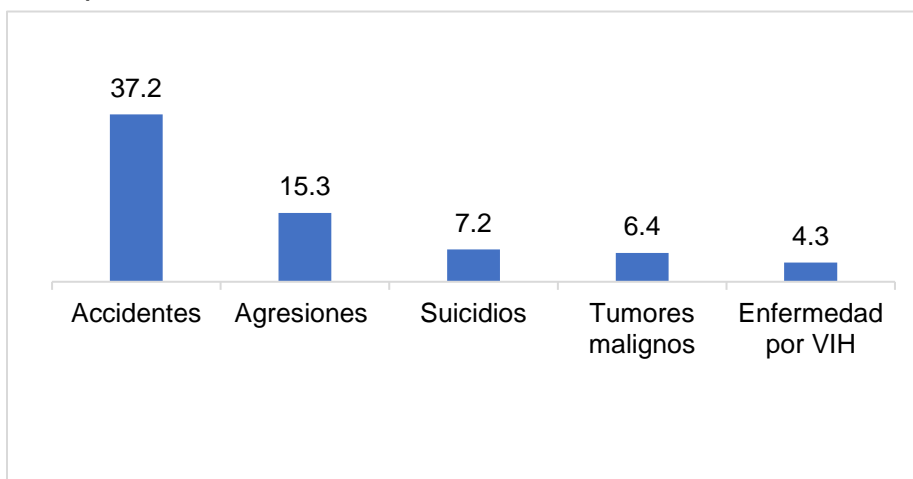
primera causa el homicidio con 31%. Esto es un gran giro, pues durante el 86 el homicidio se encontraba en cuarto lugar, el cual ahora está en primera posición.

Aunado a esto, las tres principales causas de muerte para los hombres jóvenes son de forma violenta, pues en segundo lugar se encuentran las agresiones y por último el suicidio. Por otra parte, en la mujer se encuentran los tumores malignos y las muertes ocasionadas durante el embarazo, parto o puerperio (INEGI, 2007).

En cuanto a las principales causas de decesos, (Imagen 2) del sexo femenino de 15 a 29 años de edad, también se encuentran los accidentes automovilísticos como primera causa, pero el hombre sigue teniendo el índice más alto con 37.2% a diferencia de la mujer que cuenta con 19%; se podría decir que es la única muerte que se da de manera violenta hacia ésta a diferencia del hombre pues todos sus decesos se dan de forma no natural, mientras que en la mujer ya se encuentran los tumores malignos y las muertes ocasionadas durante el embarazo, parto o puerperio (INEGI, 2007).

Imagen 1

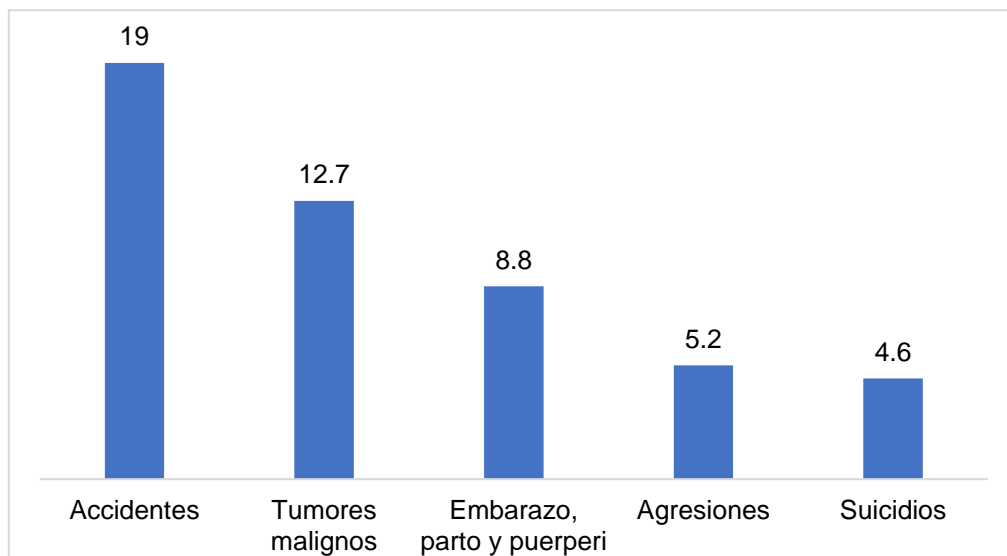
Principales causas de muerte en hombres de 15 a 29 años en el periodo de 2005



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2007.
Nota: la información esta manejada en porcentaje

Imagen 2

Principales causas de muerte en Mujeres de 15 a 29 años en el periodo de 2005



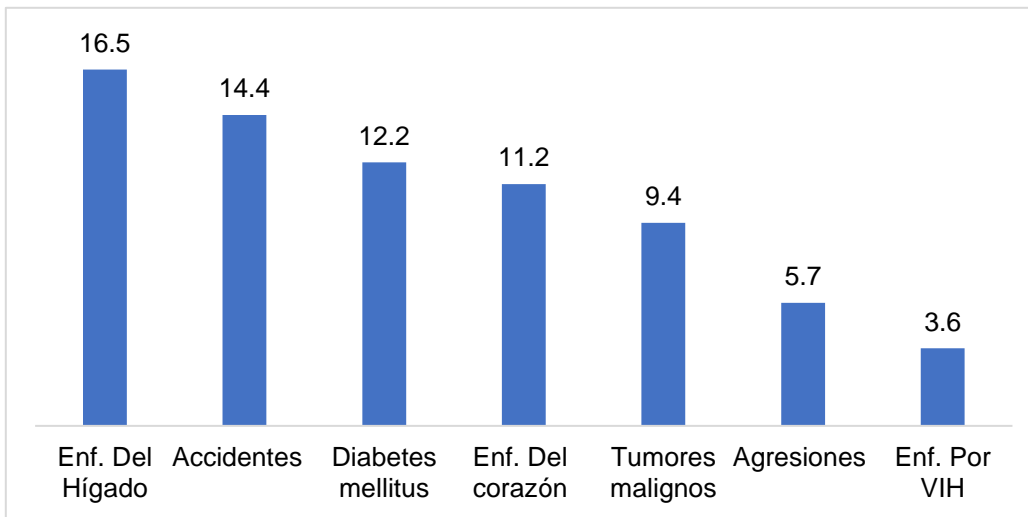
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2007.

Nota: la información esta manejada en porcentajes

Concluiré este apartado con la mortalidad entre la población de 30 a 59 años de edad, en la población masculina (Imagen 3) durante este periodo la estadística cambia, en primer lugar se encuentra la cirrosis con un 16.5%, por el abuso del alcohol y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones a nivel nacional (ENA) (2011) éste es mayor en hombres con un 9.7% a diferencia de las mujeres con un 1.7%, aunado a esto, el abuso de sustancias provoca defunciones por arma de fuego con un 33.3%, accidentes de tránsito como se mencionó en un principio con un 17.2% (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011), en cuanto a los accidentes se posicionan en segundo lugar con un 14.4% y en tercer lugar se encuentra la diabetes mellitus con un 12.2%.

Imagen 3

Principales causas de muerte en hombres de 30 a 59 años en el periodo de 2005



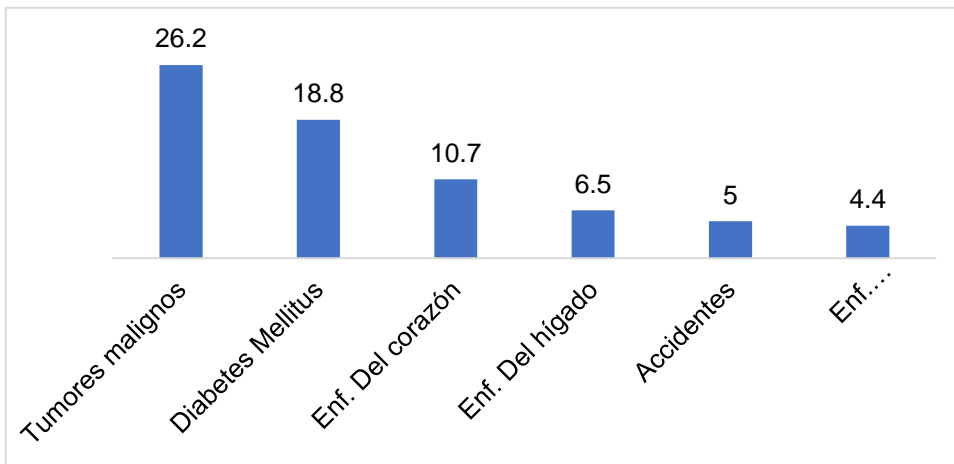
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2007.

Nota: la información esta manejada en porcentajes

Conviene subrayar que las principales causas de muerte se siguen dando de forma violenta, además se añade el hecho de que ya aparece el consumo de alcohol, pues aunque este problema no se mencionó, he de aclarar que es de suma importancia, pues de acuerdo con De Keijzer el alcohol es central en los problemas en cuanto a fallecimientos por accidentes de tránsito en un 60%, mientras que un 57% en suicidios, así como detenciones policiacas y el uso de armas de fuego, con esto podemos concluir con Menéndez, quien indica que si juntamos las muertes por accidentes, homicidios y cirrosis la primer causa de muerte en hombres sería por alcoholización (De Keijzer, 1997).

Imagen 4

Principales causas de muerte en mujeres de 30 a 59 años en el periodo de 2005



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2007.

Nota: la información esta manejada en porcentajes

Para finalizar reitero que los datos mencionados son de 2005, también se revisó la sobremortalidad del año 2010. Coloqué los datos de 2005, pues la diferencia en las estadísticas no cambia, lo cual mostré al señalar que la diferencia más notoria es como ahora el homicidio junto con los accidentes automovilísticos ocupan la primera causa de decesos en hombres, lo cual nos debe hacer reflexionar, pues durante el 86 ambas ocupaban el segundo y cuarto lugar, como dije el giro es grande. Para mayor información la tabla del 2011 se encuentra en el apéndice número 1. Lo establecido hasta este punto ha permitido esclarecer que el género y la masculinidad influyen en la salud del hombre, pues como se mencionó a partir de los 5 años de edad hasta los 59 los hombres mueren de manera violenta, sin embargo, el rango de edad en que se presenta un aumento más elevado en los decesos es entre los 15 y 29 años de edad.

5.2. EL SEGURO POPULAR Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A LOS HOMBRES.

5.2.1. Antecedentes

A continuación, doy paso con una breve descripción sobre el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), mejor conocido como Seguro Popular (SP) (Laurell, 2015). Éste surge en una etapa donde gran parte de la población en México no estaba asegurada; situación que provocaba un gasto familiar elevado en los servicios de salud, lo cual afectaba sus ingresos (Santana Cartas, 2011). Para ilustrar esto la Encuesta Nacional en Salud mostró en el 2000 que la cuarta parte de la población decidió no pedir atención médica por falta de recursos, acto seguido el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) afirmó que la falta de un sistema de financiamiento solidario hacia gran parte de la población, así como la falta de acceso geográfico de los servicios de salud y el gasto de bolsillo, provocaba gastos catastróficos a la población, pues en su mayoría se veían forzados a pagar directamente de sus bolsillos (Santana Cartas, 2011). Aunado a esto, el país ha sufrido cambios importantes en cuanto a salud se refiere, pues antes predominaban enfermedades infectocontagiosas, desnutrición y otras asociadas con la pobreza.

Hoy en día prevalecen enfermedades crónicas como: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, las cuales representaron en el año 2000 un 38.9% de las defunciones, aumentando a 43.6% para el 2011 (Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México, 2011), lo cual provocó una creciente disparidad entre las necesidades de salud de la población, además se hace evidente que la inversión gubernamental en el sector salud no corresponde a las necesidades de los ciudadanos (Santana Cartas, 2011).

Para finalizar este punto podemos decir que, debido a la segmentación del sistema mexicano de salud, así como las transiciones epidemiológicas y demográficas por las que atravesaba el país dieron origen a cinco grandes desequilibrios financieros dando origen al SP: de nivel, de origen, de distribución, de esfuerzo estatal, y de destino de recursos (Santana Cartas, 2011).

5.2.2. Creación del Seguro Popular

El artículo 4º constitucional menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2015) es decir es un derecho constitucional, por ello es inaceptable que si un individuo enferma no pueda ser atendido en ninguna institución de salud (Laurell, 2015). Los factores anteriormente mencionados fueron determinantes para que la Secretaría de Salud (SSA) creara el Seguro Popular, éste tuvo sus inicios durante el 2001 como una prueba piloto en cinco estados de la república que son; Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco (González & Eibenschutz, 2008) y terminó en el 2003.

Durante este periodo gran parte del pueblo mexicano no estaba asegurada, solo la población que contaba con empleo formal era acreedora a los servicios de salud, entre los más importantes se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Burgos, Leticia, J Wirtz, G, & Salinas Rodriguez, 2013). Sin embargo, es hasta el 2004 durante el sexenio de Vicente Fox cuando se instrumenta el Seguro Popular como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Aunado a esto, el SP surge con programas específicos dirigidos principalmente a la población más vulnerable del país como: mujeres embarazadas, recién nacidos y población indígena, nótese como no hay nada dirigido para el género masculino: la intención de conocer el SP, es para identificar cuantos servicios están dirigidos a éste.

El Seguro Popular tiene como objetivo principal brindar protección financiera a la población mexicana a través de un aseguramiento en salud para aquellos que no cuenten con un seguro social de gastos médicos y una vez afiliados puedan tener acceso a los servicios de salud: médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos (Seguro Popular, s.f.). Además, está dirigido a familias cuyo ingreso se encuentre en los seis primeros deciles y no deben ser derechohabientes, que residan en territorio nacional y finalmente que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad para ofrecer los servicios médicos (Santana Cartas, 2011).

5.2.3. Financiamiento

Tabla 1

Estructura financiera de los seguros públicos de salud

Seguros públicos	Aportadores		
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	Obrero	Patrón	Estado nacional (Cuota social)
Seguro Médico del ISSSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado nacional (Cuota social)
Seguro Popular	Familia	Gobierno Federal Gobierno estatal	Estado nacional (Cuota social)

Fuente: Santana Cartas, 2011.

Como se muestra en la TABLA 1 el SP se sustenta con aportaciones federales, estatales y familiares (Laurell, 2015). Dicho financiamiento está reglamentado por la LGS (Ley General de Salud, 2004: Artículo 77 bis, incisos 11-28). La aportación federal es una cuota anual por parte del gobierno federal por cada familia afiliada al SP, ésta se integra por una Cuota Social (CS) y equivale a 15%; es decir, 2,477 pesos anuales por familia (Sistema de Protección Social en Salud, 2005) también se integra por una Aportación Solidaria Federal (ASF) y equivale a 1.5 que para el 2011 asciende a 1,271.70 pesos (Machado, 2012).

Por otro lado, la aportación solidaria estatal, se establece con base en la Ley General de Salud donde argumenta que los gobiernos de los estados y del Distrito Federal tienen la obligación de aportar una cuota por persona afiliada y ésta debe ser equivalente a la mitad de la cuota social, dicho pago fue de 423.90 pesos por persona en el 2011 (Machado, 2012).

Por último, se encuentra la Cuota Familiar (CF) ésta se caracteriza por ser un monto que aporta anualmente cada familia afiliada, de acuerdo con su condición económica y es de suma importancia señalar que en ningún caso la incapacidad económica para efectuar dicha cuota será impedimento para la incorporación al Seguro Popular, es por eso que se hace una clasificación entre régimen contributivo y no contributivo.

La primera se caracteriza por ser aquella familia que puede dar su cuota anualmente y la segunda es una familia que debido a su situación socio-económica no puede aportar la Cuota Familiar (Secretaría de Salud, 2005). Esto se sabe, pues

al momento de afiliarse se hace una evaluación de su situación socio-económica, misma que coloca a la mayor parte de los afiliados en los deciles más bajos.

5.2.4. Cómo funciona el Seguro Popular

Este seguro se caracteriza por ser público, voluntario y gratuito, pues como se ha mencionado su prioridad es proteger a los hogares que no cuentan con ningún tipo de cobertura. Otro rasgo del SP son los requisitos y trámites que se deben cumplir para formar parte de dicho seguro, los cuales son residir en territorio nacional, no ser derechohabiente y cubrir la cuota familiar que corresponde. Aunado a esto, se deben llevar los siguientes documentos; comprobante de domicilio de no más de dos meses de antigüedad, acta de nacimiento o CURP de cada integrante de la familia, identificación oficial con fotografía de la persona titular de la familia y en el caso de estudiantes se debe de presentar una constancia de estudios (Seguro Popular, s.f).

Una vez que la familia está afiliada tiene derecho al acceso de servicios médicos de calidad, donde recibirá medicamentos y otros métodos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cubiertas por el SP, aclaro que hay algunos padecimientos que no se cubren, sobre todo padecimientos comunes y aquellos que tienen un alto costo para el paciente, como cáncer, infarto del corazón, etcétera. Además, tampoco cubre con el 100% de las consultas como se dice y mucho menos cubre el 98% de las hospitalizaciones.

Otro punto que caracteriza al SP y del cual depende gran parte de su funcionamiento es el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) el cual es un documento operativo del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, donde se describen las 285 intervenciones a las cuales tiene derecho el afiliado del SP y los 634 medicamentos a los que tienen acceso. En un inicio se llamaba Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), el cual solo contaba con 91 intervenciones (Laurell, 2015).

A continuación, coloco una tabla con características del SP, se eligió al IMSS como ejemplo, sin embargo, el esquema de cobertura médica y cotización se comparte con el resto de los seguros públicos. (Laurell, 2015)

Tabla 2*Características del Seguro Popular y del Seguro Social Laboral*

Concepto	Seguro Popular	Seguro Social
Criterios de Inclusión	Voluntario No tener Seguro Social laboral Solicitar inscripción Pagar cuota (prima) familiar Renovar anualmente inscripción y pago Haber nacido después del último cambio de gobierno federal (1-12-2006) en una familia sin seguro social laboral (Esto aplica para el seguro de la nueva generación)	Obligatorio Ser asalariado o familiar directo de asalariados menor de edad Ser pensionado del IMSS o familiar directo del pensamiento menor de edad
Criterios de exclusión	No reinscribirse o no pagar la cuota familiar Adquirir Seguro Social Laboral Cláusula de exclusión definitiva	Perder el empleo antes de los 60 años o haber cotizado menos de 750 semanas Existe continuidad voluntaria del seguro
Beneficiarios	Titular y los miembros de su familia registrados	Asegurados y pensionados y sus familiares directos (derechohabientes)
Cupo de afiliados	14.3% de las familias objetivo al año a partir de 2004 ("cobertura universal" en 2010 o 2011)	No tiene cupo de asegurados al ser obligatorio
Financiamiento	"Tripartita": Estado federal-entidad federativa-familia. Prima familiar según el ingreso. La Ley prevé cuota moderadora.	"Tripartita" patrón-trabajador- Estado No existen copagos u otras cuotas aparte de la contribución sobre el salario
Beneficios garantizados	Paquete de servicios y medicamentos especificados en CAUSES y cuatro de Gastos Catastróficas, los incluidos en el Seguro para una Nueva Generación y en Embarazo Saludable Todos los demás servicios los paga el paciente	Servicios de Salud Asistencia médico-quirúrgica y obstétrica, farmacéutica y hospitalaria necesaria Servicios de medicina preventiva y rehabilitación Prestaciones en dinero Subsidios de enfermedad y por maternidad para el asegurado
Prestador del servicio	Hospitales autónomos y centros de salud de los SES según la LGS. El reglamento	Directa en los servicios del IMSS

permite interinstitucional y con prestadores privados vía convenios o acuerdos de gestión.	prestación y con prestadores vía acuerdos de	Indirecta mediante convenio con instituciones prestadores de servicios públicos o privados Servicios médicos propios del patrón (subrogado) con reversión de cuotas
--	--	---

Fuente: Laurell, 2015

Como se muestra en la tabla 2 el SP se caracteriza por ser voluntario, pagar una cuota familiar, la cual se debe renovar anualmente y haber nacido después del último cambio de gobierno (1-12-2006) (Laurell,2015). Esto es respecto con los criterios de inclusión situación que atrajo mi atención, pues ser voluntario no implica el aseguramiento universal de la población, además, existen otros factores que impiden afiliarse como: una mala distribución geográfica de los servicios de salud, carencias de recursos físicos, humanos, etcétera. Aunado a esto, algunos servicios los debe pagar el paciente, según su situación económica, sin embargo, muchas veces esto no se cumple y se les niegan los servicios, pues la barrera económica predomina en el SP con 43% (Laurell, 2015).

Para finalizar toco el punto de: “haber nacido después del último cambio de gobierno federal (1-12-2006)” punto que atrajo mi atención, pues esto más que criterio es una condición y como se ha mencionado de acuerdo con el artículo 4 constitucional toda persona tiene derecho a la protección de la salud, no nacer en cierto periodo. Como se contempla el SP aún tiene varias fallas, sobre todo el hecho de que no cumple con su discurso “el derecho a la protección de la salud” y “eliminar la barrera económica”.

Respecto con el seguro social se caracteriza por ser obligatorio, asalariado o familiar directo, ser pensionado del IMSS o familiar directo, estos son los criterios de inclusión, los cuales son aceptables, sin embargo, no podemos decir lo mismo sobre los criterios de exclusión, donde el afiliado puede perder los servicios si pierde el empleo antes de los 60 años o haber cotizado menos de 750 semanas. Es decir, no se cumple del todo el derecho a la salud.

Cabe señalar que la información sobre el SP a la cual tenemos conocimiento se basa principalmente en datos proporcionados por la Comisión Nacional de

Protección Social en Salud (CNPSS) o estudios realizados por la propia Secretaría de Salud Federal (SSA) lo cual nos confirma la poca credibilidad sobre los datos, así como el funcionamiento de dicho seguro, pues a nueve años de su aprobación aún es limitado (Laurell, 2015).

5.2.5. Visión crítica del Seguro Popular

El presente apartado pretende mostrar la otra cara del SP, a partir de este momento daremos una visión crítica hacia dicho seguro y comenzaré con Asa Cristina Laurell, quien es una autora y crítica más representativa del Seguro Popular. Laurell es investigadora, médica y política, además fue secretaria de salud del DF (2000-2006) y académica de la Universidad Autónoma Metropolitana. Por último, en el 2003 realizó el libro *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*.

Daré inicio con el discurso oficial del SP, el cual consiste en lograr un aseguramiento universal de la población, así como disminuir el gasto de bolsillo, en un plazo de siete años, sin embargo, dicho objetivo no se ha cumplido. Además, hoy en día no existe una cobertura universal de dicho seguro y como prueba tenemos el XIII censo de Población y Vivienda establecido durante el 2010, éste indica que el 33.2% de las personas no cuenta con un seguro de salud social, mientras que el 66.8% cuenta con seguro social y finalmente, el Seguro Popular solo cubre al 23.9% (Laurell, 2015). Como se muestra el SP tiene poca cobertura.

Por otra parte, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) muestra que 43.518.719 de personas están afiliadas; el Censo de Población y Vivienda señala 26.558.908; por último, se encuentra la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) con 31.255.050 personas afiliadas, todos estos datos fueron del año 2010 (Laurell, 2015). Es decir, hay una diferencia no menor al 21% de los datos recolectados (Laurell, 2015). La intención de exhibir estas cifras es para señalar la poca credibilidad sobre las estadísticas manifestadas por instituciones oficiales del gobierno, quienes pretenden demostrar una mejora en el acceso al aseguramiento universal de la población.

Respecto con la afiliación del SP he de aclarar que no es del todo voluntaria, pues de acuerdo con Laurell (2015) muchas veces se realiza la afiliación sin informarles a las personas su pertenencia a dicho seguro, lo cual trae consecuencias, pues si la persona no sabe sobre su afiliación cómo podrá exigir los servicios del SP a los cuales tiene derecho.

Por otra parte, tenemos las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud, por ejemplo, tener un seguro garantiza el acceso a los servicios requeridos, sin embargo, esto no sucede, pues de acuerdo con Laurell (2015) son más los derechohabientes del Seguro Social en tener acceso a los servicios al tener problemas de salud con un 93.6% a diferencia del SP con un 87.5%. Esto nos da muestra de cómo el SP no cumple ni garantiza los servicios de salud, además, hay exclusión al no ofrecer varios servicios dichos casos se dan más con los adultos, pues la mayoría de los servicios es para prevenir la morbilidad materna, por lo cual hay más cobertura en mujeres y niños, dejando de lado la atención hacia los adultos mayores (Laurell, 2015).

Como se dijo en un principio, este apartado pretende mostrar el otro lado del SP, y es hora de hacer énfasis en uno de los objetivos primordiales del SP, el cual es remover la barrera económica al acceso de los servicios de salud, sin embargo, al igual que el aseguramiento universal no se cumple. Pues como se muestra en la tabla 3 el 43% de sus afiliados declaró no haber recibido atención por no tener los recursos económicos (Laurell, 2015). Aunado a esto, las razones específicas que mencionan son: requerir servicios no incluidos en el CAUSES y por ende no pudieron costear dicho servicio. Otro motivo fue la necesidad de pagar un traslado a la unidad de atención médica y, por último, fue la corrupción, pues se les intentó de cobrar indebidamente el servicio a pesar de tener el SP.

Respecto con el gasto de bolsillo, los afiliados al SP gastan el 77.4% en consultas, mientras que los del Seguro Social el 73%. En cuanto a la hospitalización los afiliados del SP gastan el 11.4% suma semejante a los afiliados del Seguro Social. Por último, el gasto en medicamentos para los del SP es de 11.2% y los derechohabientes gastan 14.5% (Laurell, 2015).

Con esto se comprueba como el SP ni siquiera ampara la consulta a pesar de que se menciona que el CAUSES la cubre en un 100%.

Tabla 3

Razones de falta de acceso a la atención institucional teniendo problemas de salud según tipo de seguro, 2010.

Razón de falta de acceso a la atención	Seguro Popular		Sin seguro		Seguro social	
	Personas en miles	% con problema de salud	Personas en miles	% con problema de salud	Personas en miles	% con problema de salud
Barrera económica	393,1	43,0	631,9	62,0	97,2	13,4
Barrera institucional	677,0	74,0	349,9	38,2	463,3	63,9
No había medicamentos	143,6	15,7	55,2	6,0	69,6	9,6
No tenía tiempo	72,5	7,9	203,8	22,3	67,4	4,4
No quiso	134,3	14,7	75,9	8,3	200,3	27,6
Otro impedimento personal	22,0	2,4	45,0	4,9	25,7	3,5
Automedicación	210,6	23,0	293,5	32,1	194,1	26,8
Otro motivo	50,7	5,5	45,0	4,9	30,6	4,2
No sabe	9,3	1,0	18,8	2,1	9,3	1,3

Fuente: Laurell, 2015

Nota: incluye personas con Seguro Social y SP

En segundo lugar, tenemos las barreras institucionales en el SP con 74%, en este caso las principales causas son: la lejanía de los servicios o ni siquiera existen, que no atienden, maltrato por parte del personal y esperar mucho tiempo para recibir atención (Laurell, 2015).

En cuanto al seguro social la diferencia no es mucha y el porcentaje es igual de alto con 63.9%, sin embargo, en este caso hay más quejas por esperar mucho tiempo, que no atienden y por último dar las citas mucho tiempo después (Laurell, 2015).

Esta información sirve para la presente investigación, porque deseo mostrar que aún hay otros factores que no permiten una buena atención hacia la población, en cuanto a los servicios de salud se refiere y como se contempla son problemas que

se dan a nivel institucional, la cual tiene relación con las carencias de infraestructura y personal (Laurell, 2015).

5.2.6. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

Deseo hacer énfasis respecto con el CAUSES, porque de éste depende el funcionamiento del SP, éste es un documento operativo de referencia del Sistema de Protección Social en Salud, el cual está dirigido a los afiliados de dicho seguro, donde se les describen las intervenciones a las que tienen derecho (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2014).

En un principio era conocido como Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) el cual solo abarcaba 91 intervenciones y fue hasta el 2006 que cambió a CAUSES Catálogo Universal de Servicios de Salud, durante este periodo incluyó 250 intervenciones. Posteriormente, en el 2010 el CAUSES agregó nuevas intervenciones dando un total de 275 (Laurell, 2015). En la actualidad éste ya cuenta con 285 intervenciones.

La diferencia del CASES 2006 y el CAUSES es solo una reorganización de los padecimientos, pues aumentan algunos tratamientos que pertenecen al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), el cual surge en diciembre de 2006, he de mencionar que éste se encuentra dentro de los criterios de Inclusión del SP (Santana, 2011).

El SMNG tiene como finalidad brindar atención médica a todos los niños nacidos a partir del primero de diciembre de 2006 en territorio nacional, así como las familias que no cuenten con algún tipo de seguridad social, de igual forma es voluntario (Santana, 2011). Una vez afiliado el niño a este seguro tiene derecho a todo tipo de atención médica que requiera y su familia solo a 255 intervenciones. Esta afiliación se hace a través del SP, pues como mencioné es un criterio de inclusión. En cuanto a las localidades donde no puedan atenderse, se proporcionarán servicios médicos privados donde se haya establecido un convenio. En vista de que este seguro va dirigido a niños, se agregó el Programa Embarazo Saludable, el cual incluye: atención prenatal, parto, cesárea y puerperio fisiológico o quirúrgico. En un inicio mencioné que el SP no cumple ni garantiza los servicios de salud y que son más

los adultos mayores quienes carecen dichos servicios, bueno una posible respuesta es el programa SMNG, pues como se ha contemplado va dirigido a niños y madres, inclusive se agregó el Programa Embarazo Saludable.

Como se contempla hay una exclusión hacia la población, pues se hace énfasis en mujeres y niños, dejando de lado al otro grupo, a la población masculina por lo cual deseo destacar la poca credibilidad de dicho seguro y cómo no cumple su objetivo, el cual es el aseguramiento universal de la población y que sus servicios se enfocan en cierto grupo.

Retomando el CAUSES y los servicios que proporciona la CNPSS sostiene que cubre nueve padecimientos de gasto catastrófico, 100% pertenece al primer nivel (consultas) y 98% al segundo nivel (hospitalizaciones), además, según están incluidas 1400 enfermedades (Laurell, 2015). Sin embargo, esto no se cumple, pues de acuerdo con Laurell la prestación de servicios del SP por persona es muy baja en comparación con otras instituciones, ya que solo 1.4% de su población acude a consulta, 0.07% a urgencias y solo hay 2.7% egresos hospitalarios por persona.

En cuanto al Seguro Social la consulta por persona es mayor con 3.0%, 0.43% en urgencias y 4.8% egresos hospitalarios por persona, como se contempla si es mayor la prestación de servicios a diferencia del SP (Laurell, 2015).

5.2.7. Intervenciones dirigidas al hombre del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

Como mencioné en un inicio, la presente investigación pretende indagar los servicios de salud que el SP ofrece al hombre, y dichos servicios dependen del CAUSES, se observó que de las 285 intervenciones solo 9 son explícitamente dirigidas al hombre, las cuales son: a) acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años; b) acciones preventivas para hombres de 20 a 59 años; (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2014) c) examen médico completo para hombres de 40 a 59 años (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2014). Posteriormente, se encuentra el d) diagnóstico y tratamiento del síndrome escrotal agudo; e) diagnóstico y tratamiento de prostatitis aguda; f) el método definitivo de

planificación familiar en hombres (Vasectomía); g) circuncisión; h) Orquidopexia; i) Prostatectomía abierta y transuretral.

Como se observa, los servicios dirigidos exclusivamente al hombre son nueve (Apalategui, 2009). Sin embargo, la difusión es poca debido a la poca asistencia por parte del sexo masculino, lo cual se debe a la construcción de la masculinidad. No obstante, si el sector salud tratara de realizar políticas dirigidas al hombre, no solo su salud se vería beneficiada, también la femenina, pues podrían disminuir los efectos de una muerte temprana en la familia, además, si dejaran adicciones como el uso de alcohol, también podría disminuir la violencia hacia el círculo familiar (De Keijzer, 2003).

5.2.8. Servicios que ofrece el Seguro Popular al género masculino

La razón por la cual decidí trabajar con el SP es porque en el CAUSES se puede visualizar que servicios son exclusivos para el hombre y porque tiene como prioridad atender a la población vulnerable. Ahora bien, los servicios de salud que ofrece el SP exclusivamente al sexo masculino son los siguientes.

En primer lugar, tenemos las acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años, éste no es específicamente para hombres, pero de igual forma se coloca en los servicios dirigidos al género masculino, porque son los primeros pasos que dan pauta a la atención del hombre desde su niñez. Dentro de éste encontramos los siguientes elementos: Control de salud de rutina del niño, Examen de ojos y de la visión, Examen de oídos y de la audición, Examen odontológico, Reconocimiento médico general, Examen dental, Prueba clínica de audición, Examen de la audición no especificada de otra manera.

Otros servicios que ofrece el SP son: “acciones preventivas para hombres de 20 a 59 años de edad” de igual forma se encuentra para mujeres. En la tabla 4 se muestra que dentro de este parámetro se realizan 10 subcategorías para el mejoramiento del hombre, también se encuentra el examen de pesquisa especial para tumor de próstata.

Respecto con el cáncer de próstata, padecimiento que también tiene altos costos para la salud del hombre, es necesario mencionar que la forma en cómo se ve

afectado no es solo de manera biológica, pues su índice es alto debido a que la mayoría de los varones no desea pasar por un examen prostático, los factores que influyen ante esta decisión es el hecho de que la mayoría lo interpreta como una pérdida de la virginidad (De Keijzer, 1997), pues lo ven como una invasión física y emocional, aunado a esto, el hecho de que el examen sea realizado por hombres, provoca una negativa por parte del paciente.

Por otro parte, no podemos dejar de lado aspectos como el acceso al examen en los servicios de salud, así como la participación de los trabajadores de la salud, que directa o indirectamente comprometen la realización de dicha detección (Pereira, Salvador y otros, 2011). Como se contempla, los padecimientos prostáticos afectan en gran medida la salud de los hombres, dado que no tienen la difusión que merece, así como otros padecimientos específicos del sexo masculino como: la andropausia, viropausia, climaterio y hasta menopausia masculina (De Keijzer, 1997).

Continuando con otros padecimientos que sufre el hombre, en la tabla 4 se muestra el “consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción”, tanto para hombres como mujeres. Esto es de mi interés porque se relaciona con la salud sexual y reproductiva, así como la planificación familiar y en la actualidad el campo que más se aborda respecto con la salud del hombre es la salud reproductiva y planificación familiar, en parte por conferencias como la de Población y Desarrollo llevada a cabo en el Cairo, donde se promueve y pide capacitar a los hombres para que tengan una mayor participación en la salud sexual y reproductiva. Como se observa aún se contempla una ausencia por parte del hombre, en la crianza de los hijos y no me refiero solo al hecho de proveer que es lo que se le ha inculcado al hombre, si no que se involucre más en el desarrollo familiar, pues se sigue viendo el proceso reproductivo como algo meramente femenino, estas limitaciones traen como consecuencia una invisibilidad en las políticas y programas respecto con dichos temas (De Keijzer, 1997).

A pesar de eso la participación del hombre en las tareas del hogar, tales como educar a los hijos, enseñarles valores, entre otros, no ha logrado un mayor alcance. La identidad masculina se desarrolla a través de la sexualidad, pero de forma negativa, dado que el varón ve este proceso como una relación de poder hacia su pareja y no como una unión, además, esto se refuerza porque es común que el varón crea a menudo que la iniciación sexual afirma su identidad ante otros hombres (Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, 2000).

Respecto con el párrafo anterior, se observa que estas situaciones dan pauta a que la salud del hombre se deteriore social y biológicamente, respecto con la primera se da porque el hombre comienza a dejar de lado los lazos afectivos, pues estos implican debilidad ante la sociedad, por otro lado, está expuesto a más enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, en la misma tabla se encuentra la “Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana. (VIH), pero no para el SIDA, pues son dos cosas distintas, la primera es el virus de inmunodeficiencia humana, es decir, es un microorganismo que entra al sistema inmune (defensas) de las personas, debilitando al cuerpo y haciéndolo más vulnerable ante infecciones; mientras que el SIDA se refiere al síndrome de inmunodeficiencia adquirida y es un estado de la infección por el VIH. Se caracteriza por bajos niveles en las defensas de las personas y la aparición de una serie de infecciones (CENSIDA, 2012).

Considero correcto ser más puntual en este punto porque el VIH/SIDA, durante el 2005 se encontraba entre las cinco principales causas de muerte masculina con un 4.3% (INEGI, 2005), situación que podría deberse en como el hombre maneja su sexualidad, sin embargo, dicho padecimiento también se puede contraer por agujas debido a algunas adicciones, tema que se desarrollará más adelante.

Continuando con el VIH/SIDA se notificó que durante el 2011 el 82.2% de casos de sida correspondían al hombre mientras que el 17.8% a mujeres, lo cual nos indica que la prevalencia es mayor en el varón y su frecuencia se da entre varones de 15 a 49 años de edad (Secretaría de salud, 2012).

Como se contempla el VIH tiene una mayor mortalidad en hombres en México, por la masculinidad hegemónica, pues es común que el varón comience a edades más tempranas las relaciones sexuales, además es visto como símbolo de orgullo ante otros hombres, sin embargo, esta situación no permite que discutan su sexualidad abiertamente, pues si muestran dudas o inexperiencia son criticados (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Para cerrar este punto es importante la inclusión del hombre en los tareas del hogar y de proceso reproductivo (Garduño, 2001), pero no solo creando algunas políticas y servicios, también es necesario la continuidad de éstos, como mencioné la conferencia que expone una inclusión y participación del hombre se dio en 1994 y 23 años después no ha habido gran cambio, es por esta razón que no solo se debe hacer una reflexión sobre la identidad masculina como condición social, pues también es necesario reflexionar que es lo que pasa con las políticas, servicios de salud y los trabajadores de salud.

Tabla 4

Acciones preventivas para hombres y mujeres de 20 a 59 años

Hombre	Mujer
Examen médico general.	Examen médico general.
Examen de ojos y de la visión.	Examen de ojos y de la visión.
Examen de oídos y de la audición.	Examen de oídos y de la audición.
Examen odontológico.	Examen odontológico.
Examen de la presión sanguínea.	Examen de la presión sanguínea.
Examen de pesquisa especial para tumor de próstata.	Examen ginecológico (general) (de rutina).
Examen de pesquisa especial para diabetes mellitus.	Examen de pesquisa especial para tumor de la mama.
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción.	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino.
Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana. (VIH)	Examen de pesquisa especial para diabetes mellitus.
Reconocimiento médico general.	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción.
	Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
	Examen ginecológico.
	Examen dental.
	Examen manual de mama.
	Reconocimiento médico general.
	Examen oftalmológico, no especificado de otra manera.

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2014

A continuación, se muestra en la tabla 5 el “examen médico completo para hombres de 40 a 59 años”. La razón por la cual coloqué esta información es para hacer una observación y es que dentro de las principales causas de muerte que sufre el hombre entre los 30 a 59 años de edad (Imagen 3) es la diabetes, la cual se encuentra como tercera causa durante este periodo. ¿Por qué es de mi interés? porque en la tabla 4, la cual es de acciones preventivas, se encuentra el examen de pesquisa especial para diabetes mellitus, mientras que en la tabla 5 se encuentra en el examen médico. Una posible razón por la cual la diabetes se encuentra entre las principales causas de muerte en el varón entre los 30 a 59 años de edad, es por esta cuestión que he mencionado a lo largo del trabajo y es ver cómo la masculinidad influye en la salud a lo largo de la vida del hombre. Además, es indispensable la reorientación de los servicios de salud.

Tabla 5

Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años

Hombre
Examen médico general
Examen de pesquisa especial para diabetes mellitus
Examen de la presión sanguínea
Examen de oídos y de la audición
Examen de ojos y de la visión
Examen de pesquisa especial para tumor de próstata
Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia y los no especificados
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
Examen de la audición no especificado de otra manera
Examen oftalmológico, no especificado de otra manera.
Examen dental
Reconocimiento médico general

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2014

Por último, en la tabla 6 se muestran otros servicios dirigidos específicamente al hombre como: el diagnóstico y tratamiento del síndrome escrotal agudo, diagnóstico y tratamiento de prostatitis aguda, circuncisión, orquidopexia, prostatectomía abierta y transuretral y “Método definitivo de planificación familiar en hombres”, a través de la Vasectomía.

En un inicio hice hincapié en el “consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción”, pues desde mi punto de vista tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, así como la planificación familiar. Sin embargo, dentro del SP tenemos el “Método definitivo de planificación familiar en hombres” (Vasectomía), es decir, ya especifican un método para la planificación familiar tomando en cuenta la vasectomía, pero considero que ambas intervenciones no deberían separarse porque tienen mucha similitud.

Como indiqué solo se encuentra el Programa Nacional de Vasectomía en México desde 1993, menciono esto por la intervención del SP, “Método definitivo de planificación familiar en hombres”, a través de la Vasectomía, párrafos anteriores señalé que la planificación familiar se sigue viendo como algo meramente femenino y respecto con la vasectomía el porcentaje de hombres que lo realiza es mínimo con 1.3%, pues como mencioné dicho programa está hace 24 años y se aborda en el SP. Esto propicia algunas preguntas como a qué se debe que la participación masculina en la actualidad sea tan baja, ¿faltará cobertura por medio de las instituciones? O es que aún falta una perspectiva de género dentro de las instituciones de salud.

Una posible respuesta es el hecho de que aún se ve a la planificación familiar como una responsabilidad sólo de mujeres y esta situación trae repercusiones hacia el hombre, pues dentro de esta situación se le ve sólo como la pareja de la mujer y si se desea acercar a los varones a este tipo de programas es necesario verlos como individuos en donde ellos también tienen una historia reproductiva distinta y participativa (De Keijzer, 2004).

Esta situación ha provocado una fractura en el matrimonio y la crianza hacia los hijos, lo cual provoca costos en la paternidad y maternidad, debido a las diferencias reproductivas de ambos sexos (De Keijzer, 2004). Tal vez esto se debe a que la participación de los hombres en los procesos de salud reproductiva y en la planificación familiar (PF) sea mínima, no solo por el hombre mismo, sino también por los servicios de salud referentes a la PF, pues durante muchos años dichos programas solo daban esta orientación a través de la atención materno infantil, lo cual centra su atención en la mujer (Prendes, Aparicio y otros, 2001)

Por otro lado, si se desea incorporar la participación del hombre en aspectos de salud reproductiva y planificación familiar de manera que apoye a la salud de las mujeres. La pregunta es cómo ya que los servicios que ofrece el SP, se siguen abordando de manera preventiva e individual (De Keijzer,2004). La salud del hombre no se debe ver de manera diferente y un claro ejemplo es como la planificación familiar y salud sexual reproductiva dan paso a otro punto importante dentro de éstos, que hoy en día se sigue ignorando y es la paternidad. Muchas veces se deja de lado a la paternidad porque solo se le considera en el campo de la reproducción; es decir, solo se ve el lado biológico, más no el proceso social que implica ser padre de familia (De Keijzer,2003).

Es común que se vea a la paternidad como algo periférico, muchas veces el hombre cree que la paternidad solo implica proveer recursos, sin embargo, debería verse a este proceso como una crianza de padre a hijo, donde el hombre pueda proveer de cuidados, emociones y experiencia, tal vez la ausencia de esto ha provocado que tomemos con facilidad su falta de participación y lo veamos como algo común.

Tabla 6
Intervenciones dirigidas al hombre

Nombre de la Intervención	Subcategoría
Diagnóstico y tratamiento del síndrome escrotal agudo	Torsión del testículo Orquitis y epididimitis Reducción de torsión de testículo o cordón espermático
Diagnóstico y tratamiento de prostatitis aguda	Prostatitis aguda.
Método definitivo de planificación familiar en hombres (Vasectomía)	Esterilización Vasectomía sin bisturí
Circuncisión	Prepucio redundante, fimosis y para fimosis Circuncisión
Orquidopexia	Testículo no descendido Orquidopexia
Prostatectomía abierta y transuretral	Hiperplasia de la próstata Otra prostatectomía transuretral Excisión local de lesión de próstata Otra prostatectomía

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2014

Como se contempla los servicios que ofrece el SP al sexo masculino son suficientes; sin embargo, falta una reorientación de los servicios, no solo está parte es la que debe dar un progreso, también debemos hacer énfasis en los trabajadores de salud, los cuales también deben ver el proceso salud enfermedad desde una perspectiva de género.

De acuerdo con De Keijzer, las prácticas de autocuidado de los trabajadores de salud lo relacionan con la socialización familiar temprana, lo cual implica que el género se presenta en las prácticas de éstos, lo cual ha provocado que la medicina comience a feminizarse, como la psicología, a pesar de que hay hombres médicos, sin embargo, a ellos no se les juzga en este momento el autocuidado, dado que están dentro de una institución (De Keijzer,2003).

Para finalizar debo señalar que dentro de los servicios que ofrece el SP no encontramos otros aspectos relacionados con la salud del hombre como la salud mental (emotividad masculina) (De Keijzer, 1997) o adicciones, las cuales también son perjudiciales para éste. Respecto con el primero se caracteriza por la dificultad que tiene el hombre a la hora de expresar sus emociones.

Párrafos anteriores, mencioné como la violencia se relaciona con la masculinidad y salud, pues ésta afecta tanto a hombres como mujeres y ¿cómo se relaciona con la salud mental? Y es por el surgimiento de programas y modelos que inician el uso de diversas estrategias para detener la violencia con hombres que piden ayuda de manera voluntaria (De Keijzer, 1997), lo cual implica un proceso para la salud mental del hombre.

Respecto con las adicciones es otra situación que afecta con severidad la salud del hombre. En las principales causas de fallecimientos observamos que la mayoría se dan de forma violenta, además, éstas se relacionan con el abuso de alcohol, entre las cuales encontramos el suicidio, accidentes automovilísticos y el uso de violencia. Es decir, si tuviéramos que colocar la principal causa de muerte sería el abuso del alcohol.

Por último, deseo enfatizar que la salud tanto de hombres como mujeres no solo se ve influenciada por factores biológicos, pues también influyen los roles, las normas, y las relaciones de género, las cuales pueden proteger o poner en riesgo la salud de ambos sexos (De Keijzer,1997).

La intención de esta investigación no es para beneficiar sólo al género masculino y menos deseo que se interprete como una exclusión de la mujer, pues desde mi punto de vista se puede beneficiar a ambos. Si se le permitiera al hombre poder expresarse no tendría que soportar tanta ira, para desatlarla con personas cercanas a él como su pareja o hijos, si no se le enseñara a ser dominante no tendría por qué humillar a la mujer, si esto se aplicara podría disminuir la violencia doméstica, la cual afecta a muchas mujeres.

5.2.9. Egresos hospitalarios del Seguro Popular (SP)

Como se mencionó, la prestación de servicios del SP por persona es baja a diferencia del Seguro Social. La razón por la cual deseo enfatizar en los egresos hospitalarios es porque éstos nos indican los servicios de salud que proporciona el SP, así como la población que más se atiende, pues la intención de la presente investigación es analizar los servicios de salud dirigidos al sexo masculino.

Tabla 7

Egresos hospitalarios del SP por edad y sexo, 2012

Grupo etario	Mujeres		Hombres		Total		
	Casos	% del total	Casos	% del total	Casos	% del total	del total
0 a 4	43.813	42,1	60.181	57,8	104.113	9,7	
5 a 14	42.264	48,8	25.480	51,2	49.753	4,6	
15 a 44	730.621	94,3	44.170	5,7	774.809	72,3	
45 a 64	49.824	62,0	30.507	38,0	80.347	7,5	
65 o más	34.150	54,8	28.084	45,1	62.328	5,8	
Total	882.687	82,4	188.516	17,6	1.071.375	100	

Fuente: Laurell, 2015

Nota: "Los egresos hospitalarios son los ingresos al hospital restando los fallecimientos".

La tabla 7 muestra datos registrados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Se observa que las mujeres tienen más egresos con 82,4%, mientras que los hombres solo un 17,6% (Laurell, 2015), el porcentaje de las mujeres es alto a diferencia de los hombres. Una posible explicación a dicho suceso es que debido al tipo de actividades que lleva el hombre éste llega en peores condiciones para ser atendido.

Los datos desglosados en la tabla 7 revelan que los hombres tienen un porcentaje alto de egresos de 0 a 14 años (Laurell, 2015) una posible razón podría ser que es una etapa en que los hombres aún están al cuidado de sus padres. Sin embargo, la cifra cambia a partir de los 15 a 44 años donde las mujeres son quienes tienen más egresos con un 94.3% a diferencia de los hombres con un 5,7% (Laurell, 2015), la razón puede ser que durante este periodo los hombres pierden algún interés respecto con su salud, lo cual analizaré más adelante.

5.3. Aportes oficiales para mejorar la salud del hombre

Avanzando en nuestro razonamiento no se debe dejar de lado algunos esfuerzos oficiales dirigidos a trabajar con hombres desde una perspectiva de género, como la Conferencia de Población y Desarrollo llevada a cabo en el Cairo (1994) en la cual se abordó la igualdad de géneros e inclusive en ésta por primera vez se promovió la participación y capacitación del hombre para que se responsabilizara en el comportamiento sexual y reproductivo, así como las actividades familiares. Sin embargo, esto aún no se ha conseguido en su totalidad, pues aun las instituciones oficiales dan énfasis al cuidado materno infantil, lo cual provoca poca participación del varón hacia los roles familiares (Stern, Fuentes y otros, 2003). También se encuentra el Programa Nacional de Vasectomía, de la Secretaría de Salud, el cual surge en 1993, y tiene como objetivo propiciar la participación activa del varón en la planificación familiar (Secretaría de Salud, 1999).

En relación con otros esfuerzos para mejorar la salud del hombre se encuentran programas de prevención como el del VIH, el uso de sustancias prohibidas y salud mental, sin embargo, la prevención del VIH se enfoca en hombres que tienen sexo con otros hombres. No obstante, De Keijzer (2004) menciona que estos problemas se relacionan y por ende no deben ser abordados de manera individual, pues un hombre envuelto en una relación con violencia hacia su pareja con frecuencia abusa de sustancias, y es posible que no tenga autocuidado en cuanto a su sexualidad.

En cuanto a la Secretaría de Salud de México, trata de incorporar una perspectiva de género a programas y políticas de salud, sin embargo, se debe tener cuidado en no caer en estereotipos que señalen lo contrario (De Keijzer, 2004). Por ejemplo: en la actualidad existe la campaña del ISSSTE, “Febrero, Mes de la Salud del Hombre”, la cual tiene como lema “Hasta los superhéroes se enferman”. Dicha campaña tiene como finalidad promover en la población masculina actos de prevención y autocuidado, para disminuir factores de riesgo que afectan la salud del hombre (ISSSTE, 2017). Sin embargo, se debe tener cuidado de no caer en lo contrario, de acuerdo con Benno este tipo de campañas refuerzan valores masculinos, esto se puede esclarecer más al ver imágenes de la campaña, donde se muestra a un hombre con capa y tiene como hashtag “Soy hombre y me cuido”,

inclusive en sus carteles (Apéndice 6 y 7) se fomentan atributos masculinos, pues a pesar de que la campaña trata de mostrar que el hombre es alguien que enferma al igual que una mujer se le sigue representando como un sujeto fuerte, pues en un cartel se muestra a un hombre con una capa y en el otro varias mascararas de luchadores, que simbólicamente aluden a la lucha y el poder, es decir símbolo de fuerza. Si bien ya se está procurando llegar al hombre para que éste cuide su salud, se debe tener cuidado de cómo se hace.

5.4. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO UNA HERRAMIENTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS MASCULINIDADES

5.4.1. Conceptos generales de Promoción de la Salud

En la actualidad el concepto de Promoción de la salud es considerado como algo nuevo, pero éste no es reciente, aunque así lo parezca, pues se remonta a los tratados de salud pública de los años 20. Durante este periodo Winslow puntualizó a la Promoción de la Salud como el vínculo entre los esfuerzos de la comunidad y las políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de la población (Arroyo Hiram & Cerqueira, 1997) es por eso que hoy en día a la promoción de la salud se le considera una estrategia clave para el mejoramiento de los factores determinantes de la salud (Cerqueira y otros, 2003).

Pero es hasta el informe Lalonde de 1974 que se fortalece el concepto de Promoción de la salud (Cerqueira, 1996). En dicho informe se tocó un punto importante, pues se hizo mención de que la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas saludables (Giraldo, 2010) es entonces que Marc Lalonde establece cuatro características: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de salud (Secretaría de Salud, 2015). En la actualidad a estos conceptos se les conoce como determinantes de la salud (DS), los cuales se desarrollarán más adelante.

No obstante, a raíz de Lalonde han existido otras conferencias donde también se han abordado otros conceptos sobre Promoción de la Salud, en donde se pretende mejorar la calidad de vida de la población y no solo la cantidad. Sin embargo, esto también ha provocado confusiones pues al existir más definiciones sobre Promoción de la Salud los profesionales han tenido problemas para definir su campo de acción (Restrepo, s.f) y de acuerdo con Terris (s.f) esto se debe a que el concepto de PS es amplio, pero la mayoría de los profesionales han decidido limitarse a uno u otro aspecto. Y esto se fortalece debido a dos corrientes que surgen después: la primera se caracteriza por privilegiar los cambios en comportamientos y estilos de vida de forma individual; La segunda ya involucra la acción socio-política donde se deben involucrar más actores y no solo ver la salud de forma individual (Restrepo, s.f). Como se contempla esto no ha dejado claro si la

PS es una ciencia, disciplina, política o programa. Para finalizar con este punto menciono la definición de Bunton y Macdonald, quienes aclaran que la PS incorpora varias disciplinas las cuales son: Política Social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía, como dichos autores afirman que la PS es una disciplina académica que surge con la función de mejorar a un conjunto de varias disciplinas (Restrepo, s.f).

Continuando con las definiciones que existen de PS encontramos las siguientes:

La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990) la definieron como:

Aquella que es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (Restrepo, s.f).

Kickbusch la conceptualizó en 1994 como:

El desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas (Osorio y otros, 2010).

Hancock en 1994 la puntualizó como: “La buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder” (Restrepo, s.f).

Nutbeam en 1986 la conceptualizó como: “el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar su estado de salud” (Restrepo, s.f).

Por último, la más representativa es la que viene en la Carta de Ottawa de 1986 donde se define como:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (Chápela, S.F).

La lista podría seguir, no obstante, lo mostrado hasta el momento sirve para percibir las diferentes interpretaciones sobre los alcances de PS. Pero deseo hacer énfasis que en las diferentes definiciones se desea modificar los Determinantes de la Salud.

Los DS son de suma importancia para el funcionamiento de las políticas públicas saludables, pues éstas son una intención continuada de acciones que deben modificar positivamente las estructuras que afectan a la salud (Giraldo y otros, 2010). Sin embargo, muchas veces esto no sucede, pues se sigue viendo a la salud desde un enfoque preventivo; es decir, la mayoría de las intervenciones se siguen abordando desde la atención médica, donde solo se desean modificar conductas de manera individual a través de la educación a la población (Martínez y otros, 2009).

Respecto con lo anterior, se observa que el estilo de vida saludable se ha convertido en un paquete de satisfactores, el cual se puede adquirir junto o por separado, pues también depende de los ingresos de la población (Martínez, Sanabria y otros, 2009). Esto indica que todo lo que se ha dicho en las conferencias no se aplica en la realidad, pues en cada una se hizo mención de cómo la salud se ve afectada por condiciones como las relaciones sociales, la cultura, el medio ambiente, el tipo y lugar de trabajo, la economía y por supuesto el género. Pero la realidad es que se ve a la salud como fuente de riqueza, lo cual beneficia a unos y no a la población como se nos hace creer (Martínez, Sanabria y otros, 2009). Un claro ejemplo es la medicalización, la cual es entendida como “el proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos” (Sánchez, Rodríguez y otros, 2011).

En la actualidad es considerado un problema dado que se comienzan a considerar problemas de salud, situaciones como: el embarazo, la vejez, la lactancia materna, el luto, entre otros, inclusive ya son sometidos a tratamiento farmacológico o quirúrgico (Marques & Meneu, 2003), lo cual provoca el consumo a ciertos medicamentos para alcanzar un “estado de salud adecuado”. No obstante, no se puede dejar de lado los factores implicados como: medios de comunicación, la industria farmacéutica, políticos entre otros.

Para ser más específica, en el caso de la industria farmacéutica, no dejo de lado que ha desarrollado múltiples tratamientos efectivos, el problema radica cuando comienza la creación de nuevas enfermedades, así como la “solución” a éstas, (Marques & Meneu, 2003), lo cual provoca un consumo exacerbado de estos medicamentos por parte de la población, lo cual da como resultado una ganancia económica a estos consorcios. Como este puedo dar más ejemplos como los medios de comunicación que venden estos productos a través de la publicidad, pero ese no es el tema que acontece.

Después en 1986 en Canadá se realizó la Carta de Ottawa, en ésta se define a la Promoción de la Salud como “el proceso para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Giraldo, 2010), como se mencionó en un inicio.

Por otro lado, es en este momento que la promoción de la salud pretende salir de lo personal y conductual a través de cinco estrategias que son:

Tabla 8*Funciones de la Promoción de la Salud*

Desarrollar aptitudes personales para la salud	Proporcionar información y herramientas necesarias para mejorar conocimientos, habilidades para tener control sobre su propia salud.
Reorientar los servicios de Salud	Se caracteriza porque la población, comunidad, profesionales de la salud instituciones y gobiernos, deben trabajar en conjunto para crear un sistema de asistencia que contribuya a la obtención de la salud. La finalidad de invitar a todos a participar es para mostrar que la salud no se puede ver solo de manera individual, sino que se debe entender como un todo, aunado a esto se da paso a que dichos servicios sean sensibles, así como respetuosos a las diferentes culturas.
Construir Políticas Públicas saludables	Se planea construir políticas públicas sensibilizando a los gobiernos e instituciones para mostrar las consecuencias que tienen sus decisiones hacia la salud. Pues la intención es promover que dichas decisiones se inclinen para crear ambientes favorables de vida, estudio y trabajo que beneficien la salud de la población.
La creación de entornos o ambientes favorables	La promoción de la salud pretende estimular la creación de ambientes favorables, invitando a que la población cuide su ambiente para poder conservar los recursos naturales, los cuales deben ser una prioridad global.
El fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social	Se desea impulsar la participación de la comunidad, con la finalidad de que la población tome decisiones, elabore y ejecute acciones para lograr alcanzar un mejor nivel de salud.

Fuente: Frenk Mora, 2006

Como se contempla, la Promoción de la Salud surge con la finalidad de proporcionar herramientas a los pueblos para mejorar su salud, a través de políticas públicas, pero ¿cómo se maneja esto en la actualidad? En un principio a la salud se le sigue viendo de manera individual y preventiva y prueba de ello es la definición de la OMS, la cual dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2006) ésta definición nos plantea a la salud como una meta y no algo a lo que se tiene derecho, lo cual ha fomentado a los estilos de vida como una mercancía a la que todos pueden aspirar, sin embargo, no todos pueden adquirirlo, hecho que se mostró en el SP, pues la barrera económica es un gran impedimento para sus afiliados (Martínez, Sanabria y otros, 2009).

La Promoción de la Salud no se enfoca solo en promover el desarrollo de las habilidades a nivel personal, es decir, no cree que la salud de los individuos se va a lograr por medio de campañas, pues ésta va más allá, como el entorno de la sociedad (Martínez, Sanabria, y otros, 2009). Además, en la carta de Ottawa explica que para promover la salud es necesaria la igualdad de oportunidades, generar condiciones de estabilidad, responsabilidad social y el desarrollo humano sustentable, ya que estos elementos permitirán alcanzar su salud, así como desarrollarla (Martínez, Sanabria, y otros, 2009). Por otra parte, deja claro la necesidad de mejorar las oportunidades para que la gente pueda tomar decisiones, pues ésta implica trabajar con la gente, no sobre ella y la mayoría de las veces es lo contrario.

En los noventa hubo otras conferencias internacionales de la OMS como la Declaración de Adelaida de 1988 en Australia, ésta se caracteriza por enfatizar las políticas públicas saludables, en la cual tocó cuatro hechos importantes: la salud de la mujer, alimentación y nutrición, tabaco y alcohol y creación de ambientes favorables. Posteriormente, hubo más conferencias como la de Sundsvall de 1991 en Suecia y Declaración de México del 2000, al igual éstas se caracterizaron por orientar a los gobiernos sobre qué medidas deben abordar respecto con los determinantes de la salud con la finalidad de lograr la salud para todos (Secretaría de Salud, 2014)

Para finalizar este punto es evidente que la poca intervención del gobierno, así como la pobreza, mala distribución de los servicios en salud dieron pauta a varias conferencias donde se pide abordar el proceso salud-enfermedad desde un ámbito social, pues es evidente que ya no se puede ver a la salud solo desde el ámbito preventivo, también se hace énfasis en cómo el gobierno ya debe intervenir en la salud de la población, pues se pretende concientizar a éste sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas que se toman (Martínez, Sanabria, y otros, 2009).

5.4.2. Experiencias e investigaciones de género en Promoción de la Salud

Durante la presente investigación se abordó como la masculinidad influye en el proceso salud-enfermedad de los hombres, y para comprender esto se indagó el concepto de género, pues éste fue adquiriendo una importancia creciente en estudios de sociología médica, epidemiológicos, aspectos psicosociales, etcétera. No obstante, la mayoría de las investigaciones que abordaban el tema de salud y género, se enfocaban exclusivamente en la mujer (Sabo, 1999). Aunado a esto, he de aclarar que son recientes los trabajos de investigación dirigidos hacia el género masculino.

Por otro lado, se descubrió que algunos temas que se relacionan con género como: equidad, salud, salud mental, desigualdad en salud pública, salud reproductiva, etcétera se enfocan exclusivamente en la mujer, aunque aluden que se abordaran ambas perspectivas (Sabo, 1999). Otras investigaciones como enfermedades de transmisión sexual se enfocan a población homosexual, a pesar de que en la Conferencia del Cairo se comenzó a incluir al hombre en la planificación familiar, en las investigaciones que revisé se sigue dirigiendo hacia la mujer, sin mencionar que es muy poca la difusión que tiene el Programa Nacional de Vasectomía. Continuando con problemas de salud hacia el hombre, las investigaciones que abordan salud mental o depresión, lo hacen concretamente hacia la población con problemas de adicción en la cual me percaté se incluye más el alcoholismo. No obstante, no va dirigido a población que no necesariamente recurra a otras drogas.

Deseo cerrar este apartado haciendo mención de que no hay suficientes documentos que relacionen al género exclusivamente hacia el hombre e inclusive el tema de la masculinidad también es poco abordado, aunado a esto, tampoco encontré trabajos que se relacionen con la Promoción de la Salud de la masculinidad. Esto es importante porque es necesario mirar a la PS como una plataforma analítica desde la cual se puede fortalecer las acciones en salud dirigidas al género masculino.

Por último, muestro algunos documentos que revisé de investigaciones con la temática de género dirigido al género masculino y femenino.

Tabla 9*Investigaciones recolectadas sobre género, salud y masculinidad*

Año	Investigación	Autor
1997	El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva	Benno de Keijzer
1998	La dominación masculina (la domination masculine)	Pierre Bourdieu
2000	Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género	Organización Panamericana de la Salud
2001	Salud, varones y masculinidad	Luis Bonino
2001	Masculinidad y género	Ellen Hardy y Ana Luisa Jiménez
2002	Masculinidad, salud y sistema sanitario	Luis Bonino
2003	Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina	Benno de Keijzer
2004	Masculinidades resistencia y cambio en el campo de salud.	Benno de Keijzer
2008	Hombres y violencia de género. más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo	Luis Bonino
2014	Masculinidades por la igualdad de género	Editado por Karen Trejo Flores
2015	Tesis doctoral: masculinidades y salud pública: perspectivas cualitativas desde un enfoque sensible al género.	Jorge Marcos Marcos
Sin fecha	La salud de los hombres y las enfermedades de género.	José Ma. Bedoya Bergua

Fuente: elaboración propia

Tabla 10*Investigaciones recolectadas sobre género y salud femenina*

Año	Investigación	Autor
1993	Género, mujer y salud en las américas	Gómez Gómez Elsa
1996	Género y políticas de salud de la mujer en América latina: caso Perú	Marina Violeta Estrada Pérez de Martos Rosa María Godoy Serpa de Fonseca
2001	Modelo de atención integral de la salud de las mujeres	Ana Rojas Chavarría Ma. del Carmen Fernández Delgado
2002	Cuerpo: Diferencia Sexual y Género. En Cuerpo: Diferencia Sexual y Género	Marta Lamas
2003	Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres	Isabel Martínez Benlloch
2005	La mujer y las inequidades de género en salud	María de Lourdes Amador
2005	Políticas públicas en salud, género y mujer	B Rico, E Troncoso, M López, G Nigenda
2006	Repercusiones de la violencia basada en género sobre la salud de las mujeres	Nélida Pinto
2006	El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista	Mari Luz Esteban
2009	Mujer y equidad de género: Informe final de la comisión de los determinantes sociales en salud de la OMS	John Harol de Estrada Montoya
2012	Tesis: Monografías sobre violencia de género.	Noelia García Méndez
2012	La violencia de género un problema de salud pública	Manuela Alvarado Rigores y Neyra Guerra
2014	Tesis doctoral: La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena	Paloma Labra Valverdi
s.f	La salud de las mujeres Análisis desde la perspectiva de género	Ma. del Pilar Sánchez López

Fuente: elaboración propia

6. Metodología

La presente investigación se caracteriza por ser un estudio de corte cualitativo etnográfico, ya que pretende describir la población con la cual se trabajó en especial sus experiencias y creencias en cuanto a masculinidad se refiere. Además, se pretende rescatar las interpretaciones del personal de salud y población afiliada al Seguro Popular masculina en donde se priorizo la subjetividad y la masculinidad de los propios actores, así como la construcción de salud y masculinidad.

Para llevar a cabo el estudio cualitativo etnográfico se realizaron una serie de entrevistas a personal de salud y población masculina. En el caso del personal de salud solo hubo una entrevista que se realizó de manera colectiva con dos participantes, las demás fueron de forma individual al igual que la población afiliada al SP.

Referente con el personal médico fue necesario solicitar permiso con los responsables de dicha institución, además se tuvo que llevar el guion de dichas entrevistas. En el Hospital Materno Infantil, ubicado en San Miguel Topilejo no hubo ningún problema y su respuesta fue rápida. Sin embargo, en el Centro de Salud de Xochimilco T-III, ubicado en Av. Juárez # 2 esquina Pino Barrio de San Juan muy cerca del centro de Xochimilco, la respuesta tardó cerca de dos meses, sumado con lo anterior, al remitirme con la encargada de dicho centro, catalogó el guion de las entrevistas como absurdo, aun así me presentó a los médicos, los cuales en un principio concedieron la entrevista, pero después dieron largas, así que decidí no insistir más y solo logré realizar una entrevista con el jefe de enseñanza de dicho lugar, quien amable accedió y me remitió al Centro de Salud de san Francisco T-I, donde se obtuvo una entrevista más.

Por otro lado, en el Centro de Salud de Xochimilco y en el Hospital Materno Infantil no fue posible realizar entrevistas a enfermeras y enfermeros, debido a la negativa de las jefas de enfermería, quienes indicaron falta de tiempo, fue por eso que se buscó la oportunidad de entrevistar al personal fuera de las instituciones, lo cual se consiguió con una enfermera. También se buscó a un médico más, el cual era externo a estas instituciones.

En cuanto a la población masculina, se buscó la oportunidad de entrevistar dentro del Hospital Materno Infantil y el Centro de Salud de Xochimilco, pero en ambas instituciones asistía poca población masculina, aunado con diversas negativas por parte de ellos, argumentando que iban a una visita rápida, o que el cuestionario era demasiado personal, por esta razón se decidió buscar en el pueblo de Topilejo a población para conseguir entrevistas.

Población

Debido a algunas complicaciones para poder conseguir entrevistas con el personal médico en las instituciones señaladas, la selección fue pequeña, pero cuidadosa para que aportaran información profunda a la presente investigación. Por esta razón, se tomaron en cuenta los siguientes criterios hacia dicho personal; haber ejercido un año la carrera, trabajar en instituciones públicas como centros de salud, hospitales públicos, o en la secretaría de salud, ser médicos generales y enfermeras. Mientras que para la población masculina se aplicaron dos criterios: estar afiliada al Seguro Popular y ser mayores de edad.

Aclaro que una investigación cualitativa nos permite alcanzar el objetivo, a pesar de que la muestra es pequeña. En total se logró entrevistar a 6 médicos y una enfermera dando un total de 7, mientras que solo se consiguió entrevistar a 6 hombres, ambos grupos aceptaron participar de manera voluntaria, la única petición fue no utilizar sus nombres en la presente investigación.

Por ende, se realizaron dos etapas: en la primera se entrevistó al personal médico y se les hicieron preguntas con base en su vocación, referente con la atención que brindan hacia el género masculino; mientras que a la población masculina se le cuestionó que opinaban respecto con los servicios y atención médica que reciben, entre otras preguntas.

La aproximación hacia los participantes fue de la siguiente manera: como se indicó en las instituciones se solicitó permiso al encargado de dicha institución, pero en el momento de presentarme con los médicos fue necesario explicarles el objetivo de la presente investigación y mostrarles la guía de la entrevista, una vez que revisaron el cuestionario, ellos decidieron si me daban pauta o no para responder la

entrevista. En el caso del segundo grupo, fue necesario hacer visitas a algunas casas y solicitarles permiso de forma verbal, también se les mostró el cuestionario e informó que sus respuestas serían para fines académicos.

Una vez establecido el contacto con ambos grupos se les informó de nuevo el objetivo de la investigación y se acordó el horario y días para llevar a cabo las entrevistas, también se les reiteró que sus nombres en ningún momento iban a aparecer en el trabajo, por último, se les solicitó permiso para grabar y transcribir las entrevistas para su análisis, accedieron siempre y cuando solo se grabara la voz. Por último, se les comunicó que sin ningún problema podrían revisar la presente investigación una vez terminada, para confirmar que en ningún momento se colocaron sus nombres.

Realización de las entrevistas

La intención para llevar a cabo las entrevistas es para ejemplificar como en la actualidad la construcción tradicional de la masculinidad repercute en la salud de la población masculina.

Las entrevistas se llevaron a cabo con profundidad, permitiendo a los colaboradores a desempeñarse de manera activa; es decir, al realizar las preguntas, se les informó que si tenían alguna duda o se sentían incómodos con la pregunta lo comentarían sin ningún problema, esto con la finalidad de hacer más amena la conversación y conseguir que fuera lo más franca posible. Esta situación se dio con ambos grupos.

Análisis de la información

Para llevar a cabo el análisis fue necesario transcribir cada una de las entrevistas y posteriormente escuchar el audio y confirmar que se transcribió adecuadamente. Una vez hecho esto, se prosiguió a identificar cada una de las categorías que se hicieron en el cuestionario dentro de las entrevistas.

El análisis se centra en las categorías que se elaboraron en el cuestionario y las respuestas que dieron los participantes, a los cuales nombraremos de la siguiente manera debido al anonimato que solicitaron.

Primer grupo: Médico 1, Médico 2, Médico 3, Médico 4, Médico 5, Médico 6 y enfermera 7.

Segundo grupo: Entrevista 1 de 60 años, Entrevista 2 de 29 años, Entrevista 3 de 28 años, Entrevista 4 de 28 años, Entrevista 5 de 31 años y Entrevista 6 de 30 años.

La razón por la cual al personal de salud no se le preguntó la edad es porque dentro de los criterios era más importante el tiempo que llevan ejerciendo la carrera y tratando a la población y para la presente investigación debía ser mayor a un año.

A) Reproducción de la masculinidad

Para dar inicio con el presente análisis recordaremos algunos conceptos, e iniciaremos con masculinidad, el cual de acuerdo con De Keijzer (1997) es “un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada”. Es decir, lo que se le inculca al hombre desde su niñez, enseñanzas que desarrolla a lo largo de su vida. Esta situación se contempla al entrevistar al grupo dos donde resaltan las siguientes ideas: “ser el núcleo de la familia”, “el hombre lleva los pantalones del hogar”, “somos como la base de la familia” “llevar las riendas del hogar”, “compromiso con la familia”.

La similitud que tienen todas estas ideas es que al hombre se le ha enseñado a ser el núcleo de todo y en especial dentro de un hogar; se ve a sí mismo como aquel y el único responsable de los gastos en el ámbito familiar, lo cual le da jerarquía dentro del núcleo familiar. Sin embargo, se ve obligado a llevar a cabo estas funciones y lo disfraza como un compromiso, al cual ya se encuentra sometido en el momento que decide formar su propia familia, idea que se le ha inculcado desde su niñez.

Aunado a esto, se observa que la hombría simboliza para cada uno de los participantes ser el principal responsable de la familia, reproducción, compromiso con la sociedad y el trabajo para poder proveer económicamente. Como ejemplo muestro algunos fragmentos de las entrevistas realizadas al grupo 2:

“pues ser hombre eh significa que soy el núcleo de la familia, quien tiene la responsabilidad de ejercer la paternidad en la familia, ser hombre” (Entrevista 1).

Para mí un hombre es una persona que, qué pues puede tener ora sí que engendrar a otra igualmente ósea un hombre pus no, no tengo bien el significado, pero para mí es como el ser una persona ¿no? Ya esté aquí en la vida, digamos (Entrevista 5).

Eh... para mí en lo personal ser hombre eh significa eh independientemente de lo del género eh significa un compromiso con lo que es la sociedad eh con lo que es mi familia y con la sociedad para poder rendir em vaya pues como persona y como profesionista dentro de una, de, de mi familia y la sociedad ¿no? (Entrevista 6).

En el grupo uno, relacionaron la masculinidad con su vocación y lo miraban desde un ámbito biológico; es decir, para ellos se caracteriza por la forma en cómo funciona y está organizado el cuerpo humano. Aunado a esto, en gran parte de las entrevistas lo relacionaban con la igualdad. Ante esto quiero esclarecer el concepto formal de igualdad, así como diferenciarlo de igualdad de género. El primero se refiere a los derechos humanos, los cuales son una obligación legal a la que no se pueden sustraer los Estados, por lo tanto, implica que haya un trato idéntico a mujeres y hombres, como el acceso a bienes y servicios (ONU MUJERES, 2015).

Por otro lado, el segundo concepto se define como: “la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de las mujeres, hombres, niñas y niños” (Indicadores Unesco de Cultura Para el Desarrollo, (s.f)). Esto no quiere decir que hombres y mujeres sean lo mismo; el problema radica cuando los derechos, responsabilidades y oportunidades benefician o perjudican por el hecho de ser hombre o mujer (Indicadores Unesco de Cultura Para el Desarrollo, (s.f)).

Esta situación se contempló con el punto de vista que los médicos tienen de estos conceptos, tal es el caso del médico 5 quien afirmó una igualdad para el desarrollo de hombres y mujeres en el ámbito laboral; no obstante, al inicio de su entrevista “agradece” ser del “género masculino”, pues gracias a éste ha logrado ser quien es y desarrollarse como médico.

Por otra parte, el médico 7 indica que la construcción del hombre se encuentra en el entorno social en el que se desarrolle; en otras palabras, él considera que la identidad del hombre se crea a partir de las costumbres, los ideales familiares,

creencias culturales, entre otros elementos. Por ejemplo, no es lo mismo la crianza de un hombre de campo que uno de ciudad, ya que podría pensarse que el de la ciudad tendrá posibilidades de desarrollar una vida académica; mientras que en el campo se adaptan a los recursos que posee la familia.

Continuando con el médico 1 se contempla que él relaciona la identidad con el género, pues inclusive él menciona que ser hombre significa “una identidad de género” y recordemos que de acuerdo con Marta Lamas (2002), es el conjunto de ideas, características, actividades y conductas que diferencian a cada sexo. Mientras que De Keijzer (2004) lo define como aquellos atributos y funciones, que no involucran solo lo biológico y reproductivo, pues también es una construcción social y cultural que se adjudican al hombre y a la mujer para justificar su modo de actuar ante la sociedad.

A pesar de que resaltaron los conceptos de género, igualdad y biológico no hubo una idea clara que indicara como relacionan esto con su identidad y con el significado de ser hombre para cada uno de los entrevistados. Como ejemplo coloco los siguientes fragmentos:

Pues es, no es muy diferente de ser hombre o mujer ¿No? yo creo la igualdad somos este unas personas que nos podemos desarrollar tanto hombres como mujeres en cualquier ámbito profesional (Médico 1).

Pues primero a nivel personal creo que es un gusto ser de género masculino porque eso pues me ha permitido a ser y desempeñarme en diversos eh ámbitos, e igualmente yo creo que el género ser hombre o mujer no, no es tan representativo en el apartado de la profesión y creo que es igualdad de condiciones para ambos géneros para ambos sexos (Médico 5).

Pues significa una identidad de género es un, una cuestión biológica con la cual nacemos.

Pues biológicamente es eso y ser hombre pues significa tener un rol eh definido en una sociedad diferente, claro en cada sociedad y en base a la cultura de cada pueblo, de cada lugar en donde uno resida en este caso pues aquí nosotros que vivimos en México (Médico 7).

Avanzando en nuestro razonamiento, la reproducción de la masculinidad se ve reforzada al momento de cuestionarles ¿cuáles consideran qué son las tareas del hombre? En ambos grupos resaltaron las siguientes ideas: “el proveedor” “poner orden en la casa” “trabajar para mantener su familia” “llevar un sustento a su hogar” “ser la cabeza de la familia”.

Hay que destacar que hasta este momento se siguen visualizando dentro de un núcleo familiar, en especial al hacer mención de que son ellos los “proveedores”. No obstante, los médicos mencionan como han cambiado las cosas en la actualidad, sin embargo, dicho cambio aún se contempla dentro de un hogar.

Pongamos el caso del médico 1, quien comenta que ya hay un progreso en los roles, pero hace hincapié en que es poco el avance y el cambio del que habla es que tanto el hombre como la mujer deben, y cito: “satisfacer la necesidad de la familia”. Dicho de otra manera, la mejora de la cual habla la ve solo dentro de un núcleo familiar. Los médicos 5 y 4 también hablan de un cambio en donde mencionan que hombres y mujeres pueden desarrollar diferentes funciones, pero de igual forma lo toman como una obligación para ambos sexos, pues el médico 5 señala que ambos pueden y “deben” aportar. Lo cual nos indica que, en lugar de ver un proceso hay un retroceso, pues en lugar de visualizar esta idea como una tarea compartida, lo ve más como una obligación.

Fragmentos del grupo 1

A nivel social generalmente se ha determinado que tiene que ser el proveedor, que tiene que ser el cuidador, pero afortunadamente están cambiando los roles, ¡poco!, pero están cambiando, a que tiene que ser la pareja quien tiene que tomar el rol tanto de satisfacer la necesidad de la familia como del cuidado propio del núcleo familiar (Médico 1).

Pues históricamente los hombres son los proveedores, aunque en nuestra dinámica de sociedad actual eh considero que tanto el hombre como la mujer pueden y deben aportar en diversos grados en diferentes funciones, pero creo que los dos tienen que aportar (Médico 5).

Pues no sé por lo regular se ve como el proveedor el que lleva las cosas y todo, pero pues creo que también actualmente se va viendo que las mujeres pues lo puedan hacer de la misma forma (Médico 4).

En cuanto al grupo 2, la situación fue la misma en el aspecto de que se ven a ellos como los “proveedores”, aunado a quienes son ellos “quienes deben poner el orden”, “trabajar”, “llevar un sustento”, etcétera, sin embargo, todas estas características las siguen llevando dentro del hogar. Recordemos que la masculinidad no solo se caracteriza por el órgano sexual, pues esta es un proceso que se da en el transcurso de su vida, situación que se observa claramente en cada respuesta de los participantes, pues si se ven a ellos como los proveedores, es porque desde su crianza observan que es el varón quien se encarga solo de proveer, así como poner orden, disciplina y responsabilidad dentro de un hogar y esto nos muestra una relación de poder donde es el varón quien lo ejerce (Hardy y Jiménez, 2001). Ahora bien, esta situación lo lleva a deslindarse de la crianza de los hijos, pues toma como natural que dentro del proveer económicamente y poner disciplina se encuentra ésta. Para esclarecer esta idea cito algunos fragmentos de las entrevistas realizadas al grupo 2.

Pues no sé, poner orden en la casa ¿no? No, no mandar que yo hago esto, sino poner orden y llevarla este como se dice (tarda un momento en dar respuesta) llevar eh (vuelve a pensar su respuesta) no mandar sino poner este como se llama. Poner el ejemplo ¿no? (Entrevista 4).

Pues las tareas del hombre trabajar, para poder mantener su familia, igual hacer labores en su casa y pues que otra cosa le diré yo.
Eh trabajar para poder calzar, darle de comer y vestir a mi mujer (Entrevista 5).

Las tareas del hombre em pues llevar un sustento a su, a su hogar. Eh ser la cabeza de la familia significa también em darle una, un, una educación a los hijos principalmente tanto hombres como mujeres em enseñarles con el buen ejemplo eh los actos que nosotros realicemos como adultos eh darles un buen ejemplo a los hijos para que ellos también ¡eh! desenvuelvan poco a poquito su, su actitud ante la vida aja... (Entrevista 6).

En el caso de la entrevista 5 se observa como puntualiza que es su obligación trabajar para poder mantener a su familia, en este caso a su mujer. Como se contempla, la idea de que el hombre es el único proveedor esta reforzada, aunque

hace mención de que también debe hacer labores en el hogar, no dice que tipo de labores, a diferencia de cuando habla de trabajar, pues es claro al decir que debe calzar, y vestir a su mujer.

En el caso de la entrevista 7 resalta la relación de poder, además, de mencionar que es él quien debe llevar el sustento a su hogar, también menciona que debe ser la cabeza de la familia para darle una educación a sus hijos y enseñarles con el buen ejemplo.

Hay que hacer notar como la masculinidad posee un elemento clave y es el ejercicio de poder, pues recordemos que debido a que el varón es quien comúnmente sea quien determine la disciplina a través del ejemplo, como varios de los participantes afirmaron, alude a que sea el hombre quien tenga el mando, lo cual le da una ventaja. Pero, dicho poder trae consigo otras exigencias como; deber ganar, lograr objetivos y sobre todo ser duro (Hardy y Jiménez, 2001).

Continuando con las entrevistas, se contempló que la construcción de la masculinidad la relacionan solo dentro del hogar al proveer económicamente a su familia y ser el ejemplo, así que decidí preguntar la percepción que tienen acerca de su rol dentro del núcleo familiar y la paternidad.

Dando inicio con el grupo 1 (médicos) resaltaron las siguientes frases respecto con su percepción dentro del núcleo familiar: “proveer” “ayudo en las actividades de la casa” “trabajar” “actualmente soy mucho más participativo”. No obstante, en ningún caso se tocó la crianza de los hijos, solo en el caso del médico 2 mencionó sutilmente que ya convivía más con sus hijos, aunque le tomó tiempo, pues antes era su esposa quien se encargaba de la educación de éstos.

Pues eh hago de todo a parte de proveer ayudo en las actividades de la casa, cualquiera de ellos, lavado de ropa, de trastes e inclusive este cualquier otra que tenga que ver con electricidad o plomería, etcétera (Médico 1).

Pues básicamente al principio era el padre tradicional ¿no? de trabajar del que no faltara nada en la casa porque para más, era sentido de orgullo que, que los hijos de uno estuvieran bien. Este... y el principal rol de la educación y todo eso se le encargaba a mi esposa. Pero... este... con el tiempo como le digo hemos evolucionado y por lo tanto este... actualmente soy mucho más participativo, convivo mucho más con mis hijos, este... me encargo

de otras tareas que antes no eran así tan comunes ¿no? claro que mis hijos ya son grandes ¿no? Pero, este... por ejemplo de tareas y todo eso pus se empezó a llevar a cabo ¿no? (Médico 2).

Esta situación visualiza que a pesar de que hablan de los hijos, los siguen contemplando como algo lejano y sólo se identifican con ellos por el hecho de proveer. Esto es comprensible porque cuando hablamos de planificación familiar, usualmente ésta se enfoca solamente en la mujer y es poco el esfuerzo que se hace para informar e invitar a participar al hombre. Y es hasta la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en el Cairo en 1994, donde se hizo una recomendación a los gobiernos referente con los hombres y la salud reproductiva, así como la planificación familiar (Ipas, 2009) dicha recomendación fue la siguiente:

Deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal; materna e infantil la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar; la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen igual valor... (Ipas, 2009).

Como se contempla se toca el tema de la paternidad, donde al hombre también se le deja de lado, pues nuevamente el fenómeno reproductivo se construye en torno a la mujer (De Keijzer, 2001), lo cual provoca que, junto con la negativa del varón a participar dentro de este campo, el progreso en políticas y programas referentes con el control natal sea mínima e incluso que ésta tome como natural la ausencia masculina (De Keijzer, 2001). Esta situación provoca que el varón desconozca esta experiencia, tal vez esto explica porque en los argumentos presentados relacionan solo la paternidad con el sustento económico. O como en el caso del grupo dos la percepción que tienen sobre su rol dentro del núcleo familiar lo relacionan con la paternidad, pues al no involucrarlos dentro de este panorama no saben cómo visualizarlo.

En los fragmentos que muestro a continuación del grupo dos resaltaron las siguientes ideas: “no olvidar la responsabilidad que tenemos” “hablar fuerte” “ya tiene uno que darle dinero para eso, para lo otro”. Como se contempla se sigue dejando de lado la crianza de los hijos y la percepción que siguen teniendo es que se ven a ellos como proveedores.

Pues eh darles un buen ejemplo a ellos de cómo debe ser el comportamiento uno a no dejar al olvido la responsabilidad que tenemos para que ellos puedan desempeñar a futuro una vida bien (Entrevista 1).

Pues desarrolla muchos aspectos aparte de que hay que tratar de educar a un niño enseñarle las reglas de la casa darle igual tanto, igual como es este estrictamente enseñarles a respetar educarlos, pero también no es tanto de que vas a llegar a los golpes y no obedeces o le vas a pegar no, si se tiene que hablar fuerte, pero también en este caso para tratar de ser un buen padre sería darle una hacerle una caricia diciendo por lo menos te quiero eso es, pues sí (Entrevista 5).

Yo pienso que ahora ya pues si uno tiene un niño pus ya tiene uno que darle dinero para eso, para el otro y tiene una pareja igual apoyarla en lo que necesita pus ¿no? tanto como cosas física y morales igual (Entrevista 6).

En el caso del grupo uno si se dio otra percepción en relación con la paternidad y los fragmentos se muestran a continuación:

Pues que se le sigue cargando a la mujer todavía, todavía el hombre no acepta su rol de que ellos también tienen que ser responsables de la paternidad y que también pueden eh acceder a un control natal de ser necesario si la pareja así lo quiere ¿No? (Médico 1).

Pues para mi debe ser lo que dijo el doctor al principio alguien que tiene valores, que tiene personalidad, crear hijos capaces de pensar por sí mismos incluso aun en contra del pensamiento mío, porque bueno, yo sé que traiga ciertas cuestiones, pero si ellos hacen un pensamiento razonado, integrado de acuerdo a su personalidad pues me voy a sentir muy orgulloso, aunque fuera incluso en contra de lo que yo pienso por ejemplo: en el aspecto religioso si uno de ellos decidiera, este... otra situación y está bien razonado y bien fundamentado y además es un sujeto que eso lo hace feliz pus no me quedara otra más que sentirme orgulloso de que pude crear un ser capaz de pensar por sí mismo.

Tiene uno que involucrarse por fuerza, la misma situación socio-económica nos obliga involucrarnos (Médico 2).

Pues es importante porque tanto la mamá como el papá tienen que inculcar a los hijos eh cosas importantes algunos roles que están encaminados por la sociedad otros que son inherentes al sexo y en específico con los papás yo creo que tienen que aprender lo que es el, el respeto, el trabajo, el, la ¡eh!, el trabajo si para la solvencia económica para ser el proveedor de la casa de la familia y también del cuidado y resguardo del resto de la familia (Médico 5).

La respuesta de varios médicos fue vaga, pero en el caso del médico 1 y 2, la situación cambio. En el caso del médico 1, menciona como esta situación aún se le impone a la mujer y como el hombre deja de lado esta responsabilidad, pues como hemos visto en varios fragmentos, el hombre solo se visualiza como el proveedor y quien trabaja, por lo tanto, su obligación termina hasta ese punto.

En el caso del médico 2 menciona que desea y cito “crear hijos capaces de pensar por sí mismos”, aunque, éste alude que no importa si va en contra de sus pensamientos se sentirá orgulloso, pero menciona que no le “quedara de otra”, hay que ver cómo se contradice y como muestra claramente una relación de poder en donde es él quien debe “crear hijos capaces”. Y esto se esclarece, pues al último cierra diciendo que los hombres ya deben involucrarse por la fuerza, dado que la misma situación socioeconómica los obliga. Esto nos permite ver que más que un avance lo ve como un compromiso.

Deseo hacer énfasis en el caso del médico 5, éste en un inicio menciona como es importante que ambos padres se involucren en la crianza de los hijos, pero enfatiza que: “el padre tiene que aprender a trabajar para la solvencia económica de la familia”. El hombre tiene tan arraigada la idea de que la única tarea del varón es la de proveer a una familia.

B) La masculinidad y sus efectos en la salud del hombre

Hasta el momento hemos visto como la reproducción de la masculinidad se da en gran parte por hábitos y costumbres que se desarrollan en una sociedad y cultura determinada, en la cual hay que reconocer que el hombre tiene gran ventaja, sin embargo, dicha ventaja a largo plazo trae problemas a su salud. No obstante, no

podemos dejar de lado al sector salud, el cual toma como natural que el hombre decida no asistir al médico y que la mayoría de los servicios no convocan a éste, pues la mayoría de los programas van dirigidos a la mujer.

Por otro lado, fue reciente la introducción desde una perspectiva de género en dichos servicios, la cual comienza a darse a través de estadísticas, pues éstas comenzaron a arrojar resultados por sexo, lo cual permitió reconocer mejor el impacto que las diferencias biológicas imprimen sobre la población (Rico, 2012). Sin embargo, el género permite ver más allá, pues a través de éste se puede comprender porque las principales causas de muerte hacia el hombre se dan de manera violenta, pues recordemos que dentro de las tres primeras causas se encuentran los accidentes automovilísticos, suicidios y agresiones (Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México, 2011). Otra situación que resalta dentro de los servicios de salud es si deben crear servicios exclusivos para hombres o rediseñar los servicios actuales (De Keijzer, 2001).

Esta pequeña introducción la di para que se contemple como la salud del hombre se ve afectada por la construcción de la masculinidad y ver como ésta también depende de los servicios de salud, pero no podemos dejar de lado la percepción que el hombre tiene acerca del autocuidado, el cual comprenderemos como: acciones y prácticas que asumen las personas en donde promueven conductas positivas en beneficio de su salud y con ello prevenir enfermedades (Sillas González & Jordán Jinez, 2011).

A ambos grupos se les cuestionó la percepción que tienen acerca del autocuidado y en el caso del grupo 1 las ideas que resaltaron fueron las siguientes: “que uno vea para uno mismo” “responsabilidad que uno tiene hacia su cuerpo, hacia su persona” “forma de evitar complicaciones” “que te preocupes hacia a ti” “enfocado a uno mismo”

Como se contempla, estas ideas tienen que ver con el hecho de que se ha enseñado a la población de que uno es responsable de su salud y que si ésta se ve perjudicada es por irresponsabilidad, pero no podemos dejar de lado que hay otros factores que influyen en la salud de los individuos, como aspectos políticos, culturales, económicos, entre otros.

Continuando con la percepción de los médicos, también se encontró que el autocuidado lo relacionan con la definición de salud aportada por la OMS en 1948, la cual se entiende como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, 1998). y esto se observa en el caso del médico 7, quien menciona que el autocuidado, a pesar de que es hacia uno mismo, no se debe dejar de lado el aspecto bio, psico y social. Prácticamente todos los médicos relacionaron el autocuidado con el concepto de salud de la OMS.

También hubo otras interpretaciones, como en el caso del médico 1 donde hace mención de cómo se ha desnaturalizado el concepto de autocuidado, pues es común que este rol se le designe solo a la mujer, pero esto no implica que tenga una mejor percepción de dicho concepto, al contrario, al designarle esta obligación deja de lado su autocuidado. Por último, el médico 2 menciona el aspecto emocional, pues comenta que a los hombres les cuesta trabajo expresar sus emociones y esto lo relaciona con el hecho de asimilar alguna mala noticia con respecto a alguna enfermedad, pues como mencioné la masculinidad se relaciona con el poder, el cual trae como consecuencia ser duro y por ende no debe mostrar ninguna debilidad.

¿Autocuidado? es el cuidado de pues de ti mismo eh pero en todo contexto ¿no? en bio, psico y social no solamente físico que por lo regular, pues es lo primero que vendría a la mente (Médico 7).

El autocuidado es personal por eso trae el termino autocuidado, pero ¡eh! constantemente se ha cargado la responsabilidad, aunque no debe ser a la mujer del cuidado de su salud de todos, pero tenemos que hacer énfasis nosotros de que es autocuidado es cuidado personal de cada uno de ellos, pero si se mal entiende este término (Médico 1).

Para mí el auto-cuidado pues es lo que mencionó el doctor además de él, el vigilar tanto el aspecto emocional que a veces precisamente por esa falsa hombría o por ese falso machismo nos cuesta trabajo expresar emociones y ahí a veces desde mi punto de vista es donde algunos hombres fallamos y también por ejemplo cosas que a mi edad como lo de la próstata y todo eso, pues si causan cierto temor no es así tan fácil (Médico 2).

Respecto al grupo dos la percepción de autocuidado lo relacionaban con acciones en específico como; “ir a chequeos al médico” “no tomar alcohol” “comer sano” “protección al tener relaciones” “no fumar” “no beber”. En este caso resaltan ideas que se relacionan con actos que el hombre lleva a cabo para mostrar su hombría, pues en la mayoría resaltan ideas que se relacionan con el alcohol, fumar y relaciones sexuales. Y también, una visión reduccionista de la salud basada en el modelo médico hegemónico que ha permeado.

Como autocuidado protección al tener relaciones, igual este... hacer ejercicio comer sanamente no fumar no beber no drogarse es lo que más o menos entiendo eso (Entrevista 4).

¿Autocuidado? em tengo entendido que es este... sobre todo mmm... eh cuidar muchos aspectos personales en el aspecto de salud em higiene, em presentación personal, a para ver em más que nada para sentirse bien y sobre todo estar bien porque pues obviamente va de la mano con lo que es el estado de salud porque obviamente si tú te sientes mal pus vas automáticamente tienes que saberlo tú mismo para, para decir esto me está pasando, entonces es muy importante el autocuidado porque pues de todo eso va depender mucho tu desempeño ante la sociedad (Entrevista 6).

Lo dicho hasta aquí, nos permite identificar que el autocuidado no juega un papel importante dentro de la identidad masculina, pues este rol es asignado con mayor fuerza a la mujer. Pero esto no implica que el sexo femenino posea mejor salud, al contrario, pues al asignarle el cuidado de su familia deja de lado su autocuidado. En conclusión, ningún sexo se encuentra beneficiado, debido a los roles que tienen corporizados.

Como se mencionó el autocuidado no juega un papel importante en la salud de los hombres, lo cual deriva en otra situación y es “hasta donde el cuerpo aguante”.

De Keijzer (2006) a través de esta frase explica que el hombre se ve a sí mismo como una maquina u objeto, a la cual nunca le pasa nada, por ende, decide llevar más riesgos como en el acto sexual, abuso de sustancias, etcétera (Bonino, 1994).

Con lo cual concuerdo, pero dicha frase también la relaciono con el hecho de que el hombre no decide asistir al médico ante algún malestar, pues es común que se automedique, haga uso de remedios caseros y si llega a pedir asistencia es a

quien atiende la farmacia, por último, cuando no hay resultados ante su problema es que decide acudir al médico (De Keijzer, 2001) en pocas palabras “hasta donde el cuerpo aguante”

Sumado con lo anterior, muestro las siguientes respuestas de los entrevistados:

Trato de no ir al doctor, siempre trato de ser valiente, de aguantarme hasta donde más me aguanto, me aguanto ya hasta que de plano me dobla el dolor es cuando ya voy, pero casi no (Entrevista 1).

Soporto el dolor. Porque así fui inculcado que el hombre no debe de llorar, aunque tenga las tripas de fuera. La tengo muy arraigada esa idea que difícil que me la quite (Entrevista 2).

En ocasiones eh me espero y en ocasiones si voy dependiendo. Si son zonas erógenas pues sí, es voy, pero si es no sé, de, no sé un golpe en el brazo me aguanto porque es como que más común (Entrevista 3).

Pues la verdad no soy de muy así de ir a los médicos pues a veces si soporto más el dolor, de que estar en un hospital esperando a veces.

Pues no sé a veces no me es agradable que me tengan diagnosticar algo que pues igual yo no tengo idea ¿no? pero pues este a veces también por miedo (Entrevista 5).

Pues, em mira cuando son por ejemplo mal, bueno mm no males, así como, como te puedo como males menores ¿no?, sino como que una gripa, mmm dolor muscular em obviamente pues me tomo analgésicos, mmm a veces cuando caigo mucho en la gripa sí muy feo este si voy al médico, pero, en lo particular si llegase a una situación de que me duele eh el brazo izquierdo una parte de, de los genitales o alguna dolencia sí obviamente si soy de las personas que me asusto y tengo que ir rápido al médico (Entrevista 6).

Como se contempla el proceso salud/enfermedad, así como la atención tampoco juegan un papel importante en la vida del varón, pues en los fragmentos resaltaron las siguientes ideas: “siempre trato de ser valiente”, “soporto el dolor”, “en ocasiones me espero”, “miedo”, “males menores” y “me asusto”. Esto muestra como el hombre es renuente ante la idea de asistir al médico, principalmente por miedo, lo cual es debilidad y recordemos que esto es algo que solo se le atribuye a la mujer, por ende, el varón siempre se muestra fuerte.

Esta situación da hincapié a lo siguiente y es que el hombre no solo soporta el dolor, pues también se reserva esta información al no platicarlo con alguien, pues debe mostrar fortaleza. Esto se ejemplifica en los siguientes fragmentos del grupo 2

Sí lo llegue a platicar, pero muy esporádicamente, yo solamente vivía lo que sentía lo que está viviendo, pero no lo divulgaba así abiertamente porque me daba pena.

Pues porque mucha gente lo juzga a uno de cómo es posible que no tenga valor para atenderse ¿no? como que pena me daba... (Entrevista 1).

Eh cuando en verdad creo necesitar un consejo es cuando si lo platico y cuando pienso que yo solo lo puedo resolver, pues, cuando, me quedo callado (Entrevista 2).

Pues hay ocasiones que lo platico y hay ocasiones que no. Eh pues cuando el problema no es muy personal y cuando sé que puedo compartirlo sin dañar a tercero.

Pues no sé, pues igual este he tenido accidentes que pues no vienen al caso, eh que pues cualquier en algún momento de enojo no sé me ha pasado, yo mismo a veces me lo he provocado (Entrevista 5).

Mmm difícilmente soy de los que platique mucho mis cosas sentimentales eh más que nada porque em mmm si yo lo platico con los amigos, los amigos no lo van a entender o te van a estar cotorreando. Si yo lo platico a lo mejor con la familia es un poquito más de confianza mmm ahorita no vivo yo con mi familia, pero a veces cuando tengo algún problema este... emocional trato de comentarlo ahorita obviamente con mi esposa y con la familia, pero con los amigos si es un poquito más, soy más reservado para contar mis cosas personales (Entrevista 6).

Todo esto parece confirmar como la masculinidad exige al hombre suprimir emociones, sentimientos, así como negar necesidades, lo cual trae como consecuencia daños a su salud física y emocional. Además, es obligado a aislarse de los demás, situación que se contempla en algunos casos como el de la entrevista 6, pues éste indica que, si llega a platicar con los amigos, éstos se van a burlar de él, tal vez esto explique porque el hombre difícilmente desarrolla lasos afectivos con personas de su mismo sexo y que decir hacia una mujer (Hardy y Jiménez, 2001).

Continuando con el análisis respecto a cómo el hombre decide soportar el dolor o suprimir sus emociones, se les cuestionó a ambos grupos si consideraban ¿si el hombre es el sexo fuerte? Las respuestas fueron interesantes, pues todos concluyeron que tal vez en aspectos de fuerza si se consideran el sexo fuerte, pero emocionalmente se consideran débiles.

Pues al hacer este tipo de cosas, en lo laboral sí en lo sentimental no (Entrevista 4).

Porque pues al ¡ah! habido casos ¿no? pus que un hombre se mata por una dama o no sé por X cosa ¿no? pus eso no creo que no es de hombres y creo que la debilidad a veces está en más en un hombre que en una mujer (Entrevista 5).

Bueno en mi ámbito personal sí creo que ha sido una desventaja porque el tener que ser considerado fuerte siempre de tener que precisamente a mí que de niño se me decía un hombre no llora un hombre no se dobla un hombre debe ser integro en mí, a mí se me educó ser feo, fuerte y formal (Médico 2).

Pues el hombre si le toca ser el sexo fuerte, lo tiene que ser si a la mujer le toca lo tiene que ser en general este rol de género que se le ha dado al hombre lo ha llevado a pasar de ser como decían ¿no? el sexo fuerte, pues ser el sexo débil porque finalmente patológicamente yo pienso que todas estas incapacidades que se le ponen al hombre desde pequeño tú no puedes expresarte, tú no puedes esto, pues es una bomba de tiempo y quien no lo hace puede haber quien lo sobrelleve, pero puede haber quien no y finalmente pues terminan siendo en lugar del sexo fuerte el sexo débil ¿no? (Médico 6).

Hasta este momento se contempla como la salud del hombre se ve afectada por hábitos y costumbres que se le inculcan, pero no podemos dejar de lado que la construcción de la masculinidad no afecta solo al hombre mismo, pues de acuerdo con De Keijzer (2001) la consecuencia de la socialización masculina repercute también hacia la mujer, niñas y niños, hacia otros hombres y como mencioné hacia el hombre mismo, a estas tres categorías lo denomina “el varón como factor de riesgo”.

Para responder como la masculinidad afecta a mujeres niñas y niños a los participantes se les cuestionó si ¿creen que sean más los hombres que ejercen violencia? Todos dijeron que sí y ni siquiera se tomaron un momento para pensar su respuesta. No obstante, en el caso de los médicos comentaron que la mujer también ejerce violencia psicológica al hombre, por esta razón ven que el uso de violencia ya se está dando por ambos sexos. Al pedirles una explicación de ¿a qué creen que se deba ese fenómeno? sus respuestas fueron las siguientes:

Fragmentos del grupo 1,

Los hombres por su mayor fortaleza física, porque a veces son ellos los que controlan el dinero o porque pueden amenazar a la mujer más fácilmente y ellas para no afectar la relación tienen a ceder (Médico 1).

No, yo creo que el hombre a lo mejor si ejerce, ejerce violencia física. La mujer si ejerce violencia es violencia psicológica eso es lo que yo he notado más (Médico 3).

Pues no se puede ser ya ahorita como casi un 50 y 50, pero si hablando la violencia física creo que es más aparatosa la del hombre (Médico 4).

En el caso del grupo 2 a pesar de que afirmaron que el hombre es quien ejerce más violencia, justificaron esta situación de la siguiente manera: en el caso del entrevistado 3 alude a que la violencia se da con más fuerza en los pueblos que en ciudad, pues desde su perspectiva en los pueblos suelen ser más sumisas las mujeres que dentro de una metrópoli. También hubo otras respuestas donde mencionan el abuso de alcohol o adicciones.

Fragmentos del grupo 2:

Eh dependiendo en la comunidad por ejemplo en estas zonas, sí eh los hombres son los que ejercen más violencia, pero no se yéndose más a la civilización, hacia el centro pues creo que, pues ahí si yo siento que las mujeres son las que toman más las riendas, las que dan las ordenes.

Porque están más despiertas aquí no sé, aquí desafortunadamente las mujeres como que son más sumisas eh no sé si por la falta de educación o la verdad no se a que se deba este hay veces que se

dejan manipular se dejan hasta pegar por sus esposos, maridos, hermanos no sé (Entrevista 3).

A veces a esto se basa por el alcoholismo, la drogadicción o igual por el machismo, un hombre suele ser más violento y quien a veces está contra el sexo femenino (Entrevista 5).

Por otro lado, la masculinidad también afecta a otros hombres por medio de accidentes, homicidios o lesiones, dicho fenómeno, De Keijzer (1997) lo explica por el modelo hegemónico de masculinidad, el cual se caracteriza por mostrar a un varón dominante que debe subordinar a mujeres u hombres, a través de agresión física, verbal, psicológica, sexual o económica. Es común que entre hombres se creen relaciones de poder y dominación a través de la burla, la presión y la violencia (De Keijzer, 1997). Para ejemplificar esto a continuación coloco algunos fragmentos del grupo dos:

Ayer domingo, este... picaron a un chavo por andar este... tomando entonces se puso loco ¡eh! no sé con quien se pelio y lo picaron (Entrevista 3).

Un amigo una vez este... una vez tomó alcohol y todo y pues ya empezaron las agresiones ahí contra otros y pues ya su esposa lo fue a calmar y todo esto, entonces pus él se enojó igual le pegó a su esposa y todo (Entrevista 4).

Pues hay veces pues llega al machismo ¿no? de que unos se sienten más que otros y pues nadie quiere ser pisoteado por otro hombre (Entrevista 5).

Por último, nuestro fragmentos de como la masculinidad afecta al hombre mismo, a través del suicidio, alcoholismo y otras adicciones, en pocas palabras las diversas formas en que el varón descuida su salud, lo cual explica porque el hombre tiene un índice de muerte mayor que la mujer (INEGI, 2007). No obstante, si éste descuida su salud o al cuerpo mismo es por esta construcción de masculinidad que se le ha inculcado, la cual se caracteriza por llevar riesgos (De Keijzer, 2001).

Fragmentos del grupo 2

Entrevista 1. Percepción acerca del abuso de alcohol:

¡Ah! por la... falsas ideas muchas veces se, se hunden en el alcohol por ya sea por exceso de cariño, por falta de cariño bueno son muchas factores que pasan por este tipo de situaciones, bastantes factores son problemas muchos más profundos ya nomás el alcohol fue la gotita que derramo el vaso.

Entrevista 1. Percepción acerca del suicidio:

Muchas veces yo lo llegué a vivir eh yo cuando deje de beber que ya tiene como unas 24 horas, yo recuerdo que pues fue un 7 de junio yo estaba sentado allí frente a la casa, estaba sentado frente a la casa esperando a que se atontara, se apendejara la señora para sacarme el lazo del tendedero para irme a auto suicidarme porque yo ya no hallaba salida a mí problema de alcohol, de alcoholismo y drogadicción, por eso ahí yo le atribuyo que son problemas mucho más.

Entrevista 4. Percepción acerca del abuso del alcohol:

Cuando me dejo la otra chica, pues lo que sentía yo pus me quería yo ahogar a tratar de olvidar, pero que es lo que hace esto al seguir ingiriendo estas bebidas sigue, sigue el recuerdo, sigue girando en vez de que se te borren se te vienen más, más, más a la cabeza y lo que trata uno de hacer es desaparecerlas, pero no se puede y ahí es de cuando uno cae más en el alcoholismo y pues lo dicho de todos uno vamos a evitar la cruda, ¿qué es la cruda? Este... pues que son dolores de cabeza, a veces dolores de estómago que es lo que hacen pus me voy a echar este... un alcohol para que se me quite, pero pus ya no nada más es uno luego ya son dos, tres cuatro la botella completa luego sabes que, otra, otra y otra y es donde cae uno en alcoholismo más a veces también puede ser porque la misma familia lo orilla, orilla al individuo a, en este caso serían mmm ¡eh! que no le hacen caso y se va su autoestima para bajo, para bajo por eso hay muchos que pueden entrar en el alcoholismo drogadicción este... pus sí.

Entrevista 2 y 3. Percepción acerca del suicidio:

Eh bueno el, eh ahí ya es parte, tiene que ver también mucho la, la atención de los padres hacia los hijos, ya que pues tanto el alcohol, las drogas y estos suicidios vienen a base de eso porque hay que veces que hay problemas en la casa, hay problemas en la escuela,

el famoso bullying eh o simplemente hasta por las novias ¿no? que las dejan, que, que más, eh pues aquí ya es más psicológico porque la verdad dirían quedaron algo traumatados de pequeños y entonces no saben cómo, como sobre pasar ¿no? estas, estas diferencias que han tenido como lo vuelvo a repetir tanto con los padres, tanto la novia o hasta con los amigos eh por eso mismo, como no tienen, sienten que no tienen una salida pues llegan al suicidio (Entrevista 2).

Pues yo creo, bueno me han platicado igual que se han decepcionado porque no sé... terminaron con su pareja mm porque tienen problemas en la familia o por un problema que tienen y no se lo quieren contar a la familia entonces, pues es ya lo que ven ellos este más mejor ¿no? el suicidio (Entrevista 3).

Los fragmentos muestran la percepción de los participantes acerca del abuso de alcohol y suicidio en hombres, la razón por la cual se les preguntó acerca de estos dos temas es por lo siguiente; las principales causas de mortalidad en hombre son: accidentes automovilísticos y homicidios ocupan el primer lugar; los suicidios en segundo lugar y el tercer lugar lo ocupan las agresiones. No obstante, como se contempla en los argumentos sobre el suicidio hablan de como usan el alcohol, ya sea para olvidar a una pareja o simplemente porque tienen problemas.

Deseo subrayar como las principales causas de muerte hacia el hombre se dan de manera violenta y se contempla el uso de alcohol, pues de acuerdo con Keijzer el alcohol es central en los problemas en cuanto a fallecimientos por accidentes de tránsito en un 60%; mientras que un 57% en suicidios, así como detenciones policiacas y el uso de armas de fuego, con esto podemos concluir y de acuerdo con Menéndez que si juntamos las muertes por accidentes, homicidios y cirrosis la primer causa de muerte en hombres sería por alcoholización (De Keijzer, 1997).

c) El sector salud y su relación con la masculinidad

Como se ha mencionado la masculinidad es un factor de riesgo hacia el hombre, el cual no tiene corporizado el autocuidado, pues a éste se le ha enseñado a ser invencible, por lo cual las instituciones de salud ya toman como natural su ausencia en los servicios de salud. Además, a éste se le dificulta verbalizar sus necesidades, pues es común que el hombre no hable de sus problemas ya sea de salud u otros,

ya que esto es símbolo de debilidad, la cual es atribuida solo a mujeres (De Keijzer, 2001).

Por otro lado, el varón cree que la enfermedad solo se da en ancianos, mujeres, niños y niñas o enfermos, y estos consideran que no caen en ninguna de estas categorías. Esta percepción explica porque deciden no acudir a los servicios de salud alegando “no lo creí necesario” “me cuidó solo” (De Keijzer, 2001), situación que se visualiza en el apartado “Construcción de la masculinidad”, donde se muestra como el varón es renuente para pedir atención médica, por ende decide aplicar el lema “hasta donde el cuerpo aguante” y recordemos que las ideas que sobresalieron fueron las siguientes: “siempre trato de ser valiente” “soporto el dolor” “en ocasiones me espero” etcétera.

Para ilustrar mejor esta situación, iniciaré con la percepción que tienen médicos y población acerca de los servicios de salud, pues se les cuestionó si consideran que hay suficientes hacia el género masculino. En el caso de los médicos la mayoría afirmó que no hay suficientes servicios dirigidos al hombre. Y el grupo 2 también afirmó que no hay suficientes servicios para ellos.

Percepción acerca de los servicios de salud del grupo 1:

No, no, pero todo va en la medida que son pocos los hombres que se acercan a los servicios de salud

Una porque están trabajando, otra porque no reconocen su enfermedad y porque es más importante hacer otras cosas que ir al médico (Médico 1).

¡Eh! no y pues yo creo que ha sido porque pues se maneja más hacia la mujer como núcleo familiar y no tanto al hombre (Médico 3).

No, para masculino ni femenino ni para nada. Si hablamos de suficientes servicios de salud, pues definitivamente no hay, yo creo que hay para el 20, 30% de la población nada más y si a eso agregamos que el género masculino es más renuente pues definitivamente no, no hay suficientes servicios de salud para el hombre (Médico 7).

Las ideas que resaltan en cada fragmento dan paso a lo que en párrafos anteriores, que el sector salud toma como natural la ausencia del hombre o que éste solo se enfoca a la mujer, agregando la indiferencia del hombre a los servicios de salud.

Percepción acerca de los servicios de salud del grupo 2:

No hay, no, ahorita por lo que yo siento hay más para, más dirigidos a una mujer que para un hombre ¿por qué? porque en estos casos pues sería de cómo te explicaré en, como le explicaré.

Bueno en este caso para mí es más para una mujer ¿por qué? porque una mujer desarrolla más enfermedades que un hombre, por ejemplo: una mujer eh puede darle que lo de cáncer de mama, eh de útero y pus ósea hay diferentes tipos de enfermedades que desarrolla una mujer que un hombre ¿por qué? porque un hombre tiene más bueno las defensas más eh pues yo siento que más altas que una mujer (Entrevista 4).

Eh pues no, hasta el día de hoy creo que es más a la mujer y a los hombres, por igual, pero creo que a veces se siente uno más fuerte y pues digamos que eso es lo que llega a pasar ¿no? de que pues creo que las mujeres son las que asisten más a un programa de salud que un hombre.

Eh pues no sé, siento que las enfermedades son más duras en una mujer que en un hombre, bueno hay enfermedades terminales que pus son por igual, pero si la atención yo siento que pues si es hasta el día de hoy creo que es más a una mujer (Entrevista 5).

Es importante resaltar como en estos argumentos el hombre reconoce que no hay suficientes servicios de salud hacia éste, pero lo impresionante es ver como éste cree que una mujer desarrolla más enfermedades que un hombre, pues es evidente que la contemplan como el sexo débil y no quieren reconocer que ellos también enferman, pues esto los identificaría como el sexo débil.

Ahora bien, se mencionó que el sector salud tomó como normal la ausencia del hombre, así que decidimos cuestionar ¿cómo es que atienden a un hombre? y ¿cómo enfrenta la enfermedad?

Atención médica por parte del médico 1:

Yo creo que atenderlos es igual, el que entiendan su enfermedad es más fácil las mujeres que los hombres, ellas aceptan con mayor

facilidad el padecimiento y parecen entenderlo mejor. Los hombres no siempre, hay un poco más de resistencia. A que siempre se sienten sanos y fuertes, realmente no se sienten vulnerables.

Percepción de como enfrenta la enfermedad un hombre, médico 1:

Obviamente no se siente enfermo, va al médico más empujado por su pareja que por determinación propia y sí se sorprenden al saber que están más enfermos de lo que lo creían.

Atención médica por parte del médico 2.

La atención pues como dice el doctor tiene que ser igual para todos, sin embargo, pues si tiene razón, al varón hay a veces que interrogarlo más, preguntarle más, porque como no expresa mucho este... a veces es cuestión de interrogarlo un poquillo más, porque las mujeres tienen a hablar e incluso a veces hay que centrar a una mujer porque a veces se empieza a desvariar no solamente porque lo que viene, sino de otros síntomas y de otras cosas y el varón en ese sentido pues tiende a ser no todos porque como todo ¿no?, no podemos generalizar, pero tiende a ser más este... más concreto y a veces hasta muy parco para hablar.

Percepción de como enfrenta la enfermedad un hombre, médico 7:

Eh no la enfrenta a menos que ya sus eh las deficiencias físicas dadas por la enfermedad sean demasiadas y no queda otra opción que... entonces... ya acudir al médico para tratar de subsanar ya todas la, todo el daño que tiene esta persona en su organismo en si los hombres no lidian con sus enfermedades hasta este punto, pero pues ya en ese momento es difícil aun así se... los... el género masculino sigue creyendo que no le pasa nada “me trajo mi mujer” “yo no quería venir” aunque su salud sea deplorable (Médico 7).

Hasta este momento se contempla todo lo mencionado por parte del grupo dos, en cómo estos se niegan a creer que están enfermos o de estarlo simplemente deciden soportar el dolor. Pero ¿qué paso con los médicos? ¿qué tan informados están acerca de los padecimientos o principales causas de muerte que sufre el hombre? Al pedirles esta información contestaron lo siguiente: enfermedades relacionadas con el corazón, diabetes, hipertensión, caries dentales, obesidad, también resaltaron los accidentes y alcoholismo en cada una de sus respuestas.

Es comprensible que los médicos hayan dado estas respuestas, pues de acuerdo con el INEGI (2012) las principales causas de defunción de hombres y mujeres son: enfermedades del corazón como primera causa, en segundo lugar, la diabetes y por último tumores malignos. Sin embargo, esto no explica porque cuando se le preguntó al grupo dos sobre las principales causas de muerte que sufre el hombre de inmediato asociaron esta situación con el alcoholismo y drogadicción, ya sea porque lo vivieron o vieron a amigos o conocidos morir bajo estas circunstancias.

Reitero que las principales causas de muerte que sufre el hombre son: accidentes automovilísticos y homicidios en primer lugar, suicidios en segundo lugar y agresiones en tercer lugar. Para esclarecer la percepción de ambos grupos sobre las principales causas de muerte del hombre colocho los siguientes fragmentos:

Grupo 1 (Médicos):

Son las enfermedades del corazón, los accidentes, eh la diabetes mellitus (Médico 1).

En el hombre hijoles, pues bueno ahorita actualmente son más pacientes diabéticos, hipertensos, cardiópata, ¿no? Este... yo trabajo en otro hospital el fin de semana y veo pues si casi cada 15 días un paciente infartado, entonces yo creo que se ha dado más esa parte hacia los hombres hipercolesterolemia, hipertrigliceremia, lo que es síndrome metabólico (Médico 3).

Em en el hombre si por género en primer lugar igual que la mujer están las caries dentales, están las enfermedades cardiovasculares, enfermedades que tienen que ver con violencia auto-infligida por ejemplo caso de choques, traumatismos, accidentes automovilísticos, infarto miocardio, eh dislipidemias, obesidad y los últimos lugares están en enfermedades cerebro-vasculares (médico 5).

Aja, accidentes en primer lugar y después enfermedades cardiovasculares, después hipertensión y después relacionadas con la diabetes mellitus y obesidad (médico 7).

Fragmentos del grupo 2:

Droga y alcohol. Porque según el CONADIC ¡eh! nosotros en el programa donde estoy nos llega mucho esa información y la CONADIC nos ha dicho que ya hay un 70, 80 % en muerte por el abuso de alcohol y la droga y pues por ciertos amigos que han muerto por el alcohol y la droga (Entrevista 1).

Lo principal imagino que es la... la... bueno... las drogas y no sé sería lo mismo el alcohol y las drogas (Entrevista 3).

Mmm bueno en este caso sería el, cómo le diré, el alcoholismo (Entrevista 5).

Eh Pues, sí, digamos que por la causa de alcoholismo drogadicción, creo que para mí han sido las más vistas ¿no?... (Entrevista 6).

Para concluir es evidente que el sector salud, a pesar de que reconoce que hay una ausencia por parte del hombre en los servicios de salud, no trata lo suficiente para invitar al varón como lo hace con la mujer, y que éste tampoco está lo suficientemente informado sobre los padecimientos que sufre, por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud comiencen a tener una perspectiva de género, no solo del hombre, sino también de mujeres.

7. Resultados

En resumen, cada uno de los fragmentos mostrados tanto de médicos como población han mostrado la percepción que tienen acerca de la masculinidad y como ésta se relaciona con la salud del varón. Para llevar esto a cabo se clasificó en tres puntos: la reproducción de la masculinidad, la masculinidad y sus efectos en la salud del hombre y el sector salud y su relación con la masculinidad.

En el primer punto se logró identificar que a cada uno de los participantes relacionaban la masculinidad con la construcción de ésta de forma tradicional, pues este concepto solo lo relacionan con los hábitos y costumbres que se les han inculcado, pues relacionan este aspecto con el ámbito familiar o como aquel que lleva la autoridad. Avanzando en nuestro razonamiento, la construcción de la masculinidad se vio reforzada al momento de cuestionarles a ambos grupos ¿cuáles consideran que son las tareas del hombre? En ambos resaltaron las siguientes ideas: “el proveedor”, “poner orden en la casa”, “trabajar para mantener su familia”, “llevar un sustento a su hogar”, “ser la cabeza de la familia”

Hay que destacar como hasta este momento el varón se visualiza sólo dentro de un núcleo familiar, pero, ¿qué implica esto para el hombre? ¿Cuál creen que es su participación dentro de la planificación familiar, aparte de proveer económicamente? Lo que he observado es que el hombre aún no se ve participando dentro de la planificación familiar y menos en la crianza de los hijos, lo cual trae problemas como embarazos no deseados, pues es habitual que el hombre decida el número de hijos, o simplemente decide no protegerse; sin embargo, la única relación que tendrá con ésta es la del sustento económico. Situación que visualicé en varios fragmentos de los participantes, pues consideran que esta es su única obligación.

La ausencia del hombre en temas como salud sexual, reproductiva y planificación familiar se debe a que aún se sigue enfocando en mujeres. Y es hasta la conferencia llevada a cabo en el Cairo que se invita a participar al hombre en temas como: paternidad responsable junto con el comportamiento sexual y reproductivo saludable para evitar embarazos no deseados. Asimismo, la salud reproductiva en hombres se ha convertido en un tema de interés por parte de

investigadores y programas para lograr invitar a participar al varón en la planificación familiar.

Por último, quiero cerrar esta primera parte del análisis indicando que la construcción de la masculinidad no se da solo por el hecho de nacer hombre, sino que es una construcción que se va dando a lo largo de la vida, en pocas palabras un modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica (MMTH) (Bonino,2001). No obstante, no todos los varones siguen de manera consiente el MMTH, como mencioné es algo que ya tienen incorporado lo cual se ha logrado ver en cada uno de los fragmentos presentados hasta este momento, donde cada uno ya ha construido su corporalidad y subjetividad dentro de la familia, escuela, instituciones, medios de comunicación etcétera, lo cual provoca que sea difícil cambiar el tipo de pensamiento, sin embargo, no por eso se debe dejar de intentar y la secretaría de Salud debería establecer los programas adecuados para transformarlo.

En el segundo punto se contempló como la construcción de la masculinidad afecta la salud del varón. Esto se debe a los hábitos y costumbres que se le han inculcado como no mostrar debilidad ya sea sentimental o física, tener que ser temerario, etcétera. Pues todo esto le dará cierto poder, el cual le da gran ventaja, no obstante, dicho poder no es del todo ventajoso, pues implica un control total sobre sus sentimientos, emociones y necesidades afectivas, pues éstas solo son atribuidas a la mujer, lo cual implica debilidad.

Lo dicho hasta aquí, muestra como la salud y el autocuidado no juegan un papel importante dentro de la identidad masculina, tarea que es asignada con mayor fuerza al rol de la mujer. No obstante, esto no implica que el sexo femenino este beneficiado, al contrario, al reforzar la idea de que es su obligación cuidar a los demás deja de lado su autocuidado.

Como se ha dicho, el hombre muestra cierta fortaleza, pues así se le ha inculcado, pero algo que sobresalió en algunos fragmentos es que también decide no asistir a algún servicio de salud por miedo. Todo esto parece confirmar que la salud del hombre no solo se ve afectada físicamente, pues como se contempla también hay un daño emocional, el cual implica la salud mental del varón. Problema que no es abordado con mayor fuerza, pues durante esta investigación encontré

que cuando se habla de salud mental se focaliza solo a hombres que hayan tenido algún problema de adicción como el alcoholismo. Lo cual es preocupante, pues como contemplan varios de los participantes, no sufren de ningún problema que tenga que ver con adicciones, lo cual les dificulta pedir ayuda.

Por otra parte, no podemos dejar de lado que la concepción de la masculinidad hegemónica no sólo afecta al varón mismo, pues debido a que tiene que mostrar su hombría ante la sociedad se ven afectados mujeres, niñas y niños, así como otros hombres. En la entrevista se les cuestionó a los participantes “¿creen que el hombre es quien ejerce más violencia?” Ambos grupos de inmediato contestaron que sí, ni siquiera pensaron su respuesta, al pedirles una explicación la mayoría coincidió en que se debe a la fuerza física de éste, por problemas de adicción como alcoholismo, etcétera.

Todo esto se relaciona con un problema que existe con gran fuerza en la actualidad y es la violencia doméstica, la cual es considerada un problema de salud pública, además, ésta es ejercida con mayor frecuencia por hombres, la razón por la cual se da este tipo de situaciones es porque el hombre se considera la cabeza de la familia, es quien provee económicamente, todo esto la mayoría de los participantes lo mencionó y como dije todas estas características le dan poder al hombre y al cuestionarles dicho poder recurren a la violencia para reforzar las relaciones de poder en donde muestra que él es quien tiene la razón (De Keijzer, 1997). Esto trae como consecuencia un aumento de las mujeres que mueren por homicidios y asesinatos actos que fueron ejecutados por su pareja o esposo.

Como mencioné, concepción de la masculinidad hegemónica afecta también a otros hombres, para ello quiero dar un ejemplo: en una ocasión viajando en el transporte público había dos hombres, uno de repente alzo la mirada, parecía que miraba fijamente al otro individuo, entonces el sujeto respondió de forma violenta cuestionando ¿por qué lo miraba feo? El otro en lugar de explicar que no lo veía a él, le contestó con la misma violencia, pidiendo que si quería que y cito “se partieran la madre para arreglar la situación lo haría sin ningún problema”, ambos ya estaban a punto de golpearse, jamás llegaron a la violencia física, pero en ningún momento dejaron de insultarse o bajar la mirada en el trayecto.

De Keijzer explica que en México existe un modelo hegemónico de masculinidad, el cual se caracteriza por mostrar a un varón dominante que debe subordinar a mujeres u otros hombres, a través de agresión física, verbal, psicológica, sexual o económica. La subordinación hacia la mujer está relacionada con la violencia doméstica, la cual ya explicamos. Y en el caso de los hombres igual deriva en situaciones lamentables como: homicidios, accidentes automovilísticos, los cuales son la primera causa de muerte en hombres.

Como segunda observación se muestra que la masculinidad que se le ha inculcado al hombre no lo afecta solo a él, sino a terceros en situaciones que lamentablemente llegan a situaciones críticas. Lo cual se vio en algunos fragmentos de los participantes, pues mencionaron como han presenciado situaciones donde el hombre era agredido o agredía.

Para finalizar, no podemos dejar de lado el tercer punto en el cual hacemos mención de como la masculinidad se relaciona con los servicios de salud, como primera observación varios de los participantes coincidieron en que no hay suficientes servicios dirigidos al hombre, pero lo justificaron al decir que esto se debe a que ellos no enferman tanto como una mujer. Es increíble que el hombre tenga esta percepción tan contradictoria, pues antes mencionaron como éste decide soportar alguna dolencia ya sea por miedo al diagnóstico o simplemente porque no pueden mostrar debilidad alguna.

Hay que mencionar que el sector salud reconoce la ausencia de servicios de salud dirigidos a la población masculina, pero no trata lo suficiente para invitar al hombre como lo hace con la mujer. Además, es necesario que el personal de salud se informe lo suficiente sobre los padecimientos que el varón sufre, pues como se mostró en algunos fragmentos de los médicos, estos están enajenados a las principales causas de muerte que sufre el hombre.

No quiero decir que todo sea negativo, pues en cuanto a planificación familiar y salud reproductiva ya se está intentando introducir al hombre, sin embargo, en temas de salud mental o enfermedades de transmisión sexual, lo abordan a hombres con problemas de adicciones u homosexuales y como se contempló a lo largo de este análisis, el hombre reconoce no ser el sexo fuerte como se afirma por

ende acude a algún tipo de sustancias como el alcohol, pues solamente así es permitido ver a un hombre expresar sus sentimientos o emociones.

Quiero subrayar que la masculinidad afecta en gran medida la salud del hombre, situación que deben tener en cuenta las instituciones de salud y no tomar como natural su ausencia en dichos servicios.

8. Conclusiones

La intención de esta tesis fue hacer un análisis crítico sobre los servicios de salud dirigidos al sexo masculino en la población usuario del seguro popular, así como mostrar que, si bien es cierto que el hombre está en una posición de prestigio, no se puede dejar de lado que dicho prestigio, provoca que el hombre no pueda ser débil, y es entonces que lo pagan con nota roja, pues dicho prestigio no lo tiene en salud. Esta situación ha provocado que en el sector salud, no se convoque de la misma forma al hombre, es decir es más común ver campañas dirigidas a la mujer.

Lo que observe durante esta investigación es que, si se han originado algunas campañas para beneficiar la salud del hombre, sin embargo, se justifica esta ausencia de programas al decir que no hay demanda por parte del varón, no obstante, durante este trabajo se observó que se debe a la masculinidad hegemónica que se ha inculcado, también se encontró otros factores que se relacionan con la masculinidad, como: falta de tiempo debido al trabajo o porque piensa que dichos servicios son solo para mujeres, niños o acianos, o simplemente deciden soportar el dolor.

Por otro lado, no podemos dejar de lado que las instituciones tienen otras fallas; situación que se contempla en el análisis que se hace acerca del Seguro Popular (SP), donde se muestra que el hecho de estar asegurado en algún programa no implica el derecho a la salud, pues hay otros factores que influyen como la accesibilidad de los servicios, ubicación geográfica, aspectos económicos, entre otros.

Además es necesario que el personal de salud visualice el proceso salud enfermedad de hombres desde una perspectiva de igualdad de género y no solo pensar que su ausencia se da por apatía, pues esto les permitirá explicar porque hay una alta tasa de mortalidad de los hombres. Es importante señalar que también hacen falta más investigaciones que estén enfocadas al hombre desde una perspectiva de igualdad de género como problemas de salud mental, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, etcétera, no quiero decir que no haya este tipo de investigaciones, si las hay, pero el problema es que se enfocan en hombres que sufren alguna adicción, depresión, entre otras. Es decir, hace falta que

simplemente se enfoque a hombres que estarían interesados y dispuestos a escuchar este tipo de información y no necesariamente deben sufrir alguna adicción.

Lo dicho hasta aquí nos permite ver como la masculinidad hegemónica influye en la salud del hombre, pues se le ha enseñado a llevar riesgos, a no expresar el dolor, ser duros física y emocionalmente. Esta situación nos permite ver como el autocuidado no juega un papel importante en la vida del hombre, lo que da como resultado, que éste decida ser más temerario, lo cual a corto y largo plazo perjudica el proceso salud enfermedad de éste.

Por último, sé que la mujer aún está en gran desventaja al lado del hombre, pues todavía es vulnerable en diversas situaciones como violencia física y sexual, acoso, discriminación, etcétera. Estoy consciente de esta situación, porque al igual que gran parte de las mujeres he vivido este tipo de circunstancias. Pero la finalidad de esta tesis es mostrar como la construcción hegemónica de la masculinidad ocasiona grandes conflictos de salud, los cuales no solo afectan al hombre, pues de acuerdo con De Keijzer, (1997) también se perjudican mujeres, niñas y niños al tener que soportar violencia intrafamiliar, acoso o humillaciones al hombre mismo y hacia otros hombres. Desde mi perspectiva es necesario hacer más investigaciones con un enfoque de género en la salud del hombre, pues, podrían disminuir las problemáticas que sufre el hombre.

También es necesario capacitar al personal de salud, para que éste comience a visualizar el proceso-salud enfermedad con una perspectiva de igualdad de género y deje de ver este proceso de forma uni-causal. Es necesario que se capacite en problemas como: paternidad y no solo hablo del ámbito biológico, pues como mencioné este aspecto se relaciona con la salud sexual y reproductiva; es decir, se toca como el varón se debe involucrar en la toma de decisiones de cuantos hijos debe tener, pero la paternidad va más allá, como la crianza de los hijos y esto no se toca con frecuencia.

Otros temas que son de relevancia desde mi perspectiva y son de interés para el hombre es la violencia emocional, pues recordemos que el varón la mayor parte del tiempo debe mostrar fortaleza, además, no puede expresar emociones ante otros hombres porque sufre de burlas.

Sin embargo, la pregunta sigue ¿cómo hacer que el hombre participe?, desde mi punto de vista una vez que el sector salud esté capacitado en estos temas, es necesario intercambiar ideas con otros hombres, que estén realizando investigaciones referentes al tema de masculinidad o género. Otra opción que veo viable es que no solo se invite a participar a población masculina, sino también a mujeres, desde mi punto de vista ambos deben ser coprotagonistas y sobre todo aliadas. Y tal vez en un inicio la invitación y el exponer la información debe ser impartida por hombres, pues tal vez esto provoque más confianza en el hombre y deje de lado la vergüenza y poco a poco ir introduciendo mujeres.

Referencias bibliográficas

Alcaraz, A. M., & Gómez Díaz, F. H. (1998). "La Participación Masculina En Las Decisiones Sexuales y Reproductivas". *En Los derechos sexuales y reproductivos de los varones* (pág. 9 a 21). Bogotá: PROFAMILIA.

Álvarez Vargas, N., & Ochoa G., Á. (2014). "La depresión: una realidad masculina".

Obtenido de

<http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/EFQ/article/view/80/81>

Arenas Monreal, L., Keijzer, B. d., Bonilla Fernández, P., Treviño Siller, S., & Hernández Tezoquipa, I. (2012). "Género y autocuidado entre profesionales de la salud en México". *Género y Salud en Cifras*, 7 a 17.

Arroyo Hiram, V., & Cerqueira, M. (1997). *Páginas de Salud Pública*. Salud Pública de México, 304-306.

Bobino, L. (1999). "Varones, género y salud mental desconstruyendo la "normalidad" masculina". *Nuevas Masculinidades*, 1 a 10.

Brandes, S. (2002). *Bebida, abstinencia e identidad masculina en la Ciudad de México*. *Alteridades*, 5 a 18.

Burgos, Á., Leticia, E. S., J Wirtz, V., G, S. R., & Salinas Rodríguez, A. (2013). *Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación*. *Salud Publica de México*, 91-98.

Burr, C., Piño, A., Quiroz, L. A., & Martín Lunas, E. (2011). "Por los caminos del Sistema Nacional de Salud". *En Guía para el paciente participativo* (págs. 58-79).

México: Fundación Pfizer. Obtenido de

<http://asbis.org.mx/PDF/guiapacienteparticipativo.pdf>

Cerqueira, M. T. (1996). *Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos*. Bof Oficina Sanit Panam, 342 a 347.

Cerqueira, M. T., Conti, C., & de la Torre, A. (2003). *La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas*. Obtenido de <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m05.pdf>

Chapela Mendoza, M. d. (2008). "Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria". Obtenido de <http://hdl.handle.net/1928/7471>

Clara Fleiz Bautista, M. D. (2014). *Las manifestaciones del malestar depresivo masculino. Género y Salud en Cifras*, 3 a 13.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2014). "Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2014". Obtenido de <http://codigof.mx/catalogo-universal-servicios-salud/>

Contreras Landgrave, G., & Tetelboin H, C. (2006). "Rasgos y características del seguro Popular de salud como mecanismos de protección en salud y sus efectos en los Centros de Salud Comunitarios de la secretaria de salud del Estado de México". Obtenido de <http://www.izt.uam.mx/amet/vcongreso/webamet/indicedemesa/ponencias/Mesa%2016/Contrerassm16.pdf>

Díaz, A. M., & Gómez Alcaraz, F. H. (1998). "Los Derechos Sexuales y Reproductivos desde la percepción de los varones". *En Derechos sexuales y reproductivos de los varones. Una reflexión acerca de la masculinidad y los derechos* (págs. 35-48). Santafé de Bogotá: PROFAMILIA.

Dirección General de Epidemiología. (2012). "Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA". Obtenido de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf

De Keijzer, B. d. (1997). *El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva*. Villa Hermosa.

De Keeijzer, B. (2001). Los hombres ante la salud sexual-reproductiva: una relación contradictoria. *Salud y Género, AC*, 1-17.

De Keijzer, B. D. (2003). *Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*, 1 a 18.

De Keijzer, B. D. (2004). *Masculinidades resistencia y cambio en el campo de salud*. Gender Equality and men: Learning from practice, 28 a 49.

Elterman, M. F., & Pelman MD, R. (2014). *Salud masculina: un nuevo paradigma, estrategias para la atención de salud, apoyo, educación e investigación*. med. clin. condes, 40-45.

Fleiz Bautista, C., Domínguez García, M. M., & Aneel, A. (2014). *Las manifestaciones del malestar depresivo masculino. Género y salud en cifras*, 3 a 13.

Frenk Mora, J. (2006). "Las cinco funciones de la Promoción de la Salud". *En Modelo Operativo de Promoción de la salud* (págs. 27-28). México: Secretaria de Salud.

García Junco Machado, D. (2012). "La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular". Obtenido de http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_518-524.pdf

Garduño, Ángeles. (2001). *Determinación genérica de la mortalidad masculina*. Salud Problema, 30 a 35.

Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macías Ladino, A. M., Valencia Garcés, C. A., & Palacio Rodríguez, S. (2010). "La Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables". *Hacia la Promoción de la Salud*, 128-143.

Gogeoascoechea Trejo, M. d., Méndez Maín, S. M., Natera Rey, G., Blázquez Morales, M. S., de San Jorge Cárdenas, X., & Treviño Siller, S. (2016). "Consumo de alcohol y lesiones: estudio en población atendida en servicios de urgencias de la ciudad de Xalapa, Veracruz", México. *Salud Mental*, 61 a 68.

Guevara Ruiseñor, Elsa S. (2012). "Los derechos reproductivos y los hombres ante la interrupción del embarazo". *Género y Salud en Cifras*, 60-69.

Gutiérrez Serrano, H. A. (28 de enero de 2016). Centro de Salud Xochimilco T-III. (D. R. Diego Vasquez, Entrevistador)

Hernández García, Y. (2006). "Acerca del género como categoría analítica". Obtenido de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/13/yhgarcia.pdf>

Herrera Santi, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 568-573.

Indicadores UNESCO de Cultura Para el Desarrollo. (S.F). "Igualdad de género". Obtenido de:
<http://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/digitalibrary/cdis/Iguldad%20de%20genero.pdf>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). (2007). *Mujeres y Hombres en México*. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2013). *Mujeres y hombres en México 2012*. México.

Ipas. (2009). *Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo*.

ISSSTE. (2017). Hasta los superhéroes se enferman. *Revista ISSSTE*, 31-32.

Jara, L., Roberts, E., & Elsa, G. G. (2009). *La salud de las mujeres y los hombres en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud.

Jiménez Guzmán, M. L. (2016). *La construcción social de las masculinidades. Un análisis desde la perspectiva de género*.

Lamas, M. (2002). "Cuerpo: Diferencia Sexual y Género". *En Cuerpo: Diferencia Sexual y Género* (pág. 51 a 83). México: taurus.

Lamas, M. (2002). "Diferencias de Sexo, género y diferencia sexual". *En Cuerpo: diferencia sexual y género* (pág. 129 a 160). México: taurus.

Laurell, A. C. (2015). *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. México: CLACSO.

Lundgren, R. I., Gribble, J. N., Greene, M. E., Emrick, G. E., & Monroy, M. (2005). Cultivando el interés de los hombres por la planificación familiar en las zonas rurales de El Salvador. *Studies in Family Planning*, 173-190.

Luna, R. R. (2015). *Juegos de chicos, lesiones de jóvenes, muertes de hombres: masculinidades y prevención de la violencia*. *Sociológica*, 76 a 108.

Martínez Pérez, M., Sanabria Ramos, G., & Prieto Silva, R. (2009). "Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 138 a 148.

Medina Mora, M. E., Natera, G., & Borges, G. (2002). "Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas". Obtenido de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2002_1.pdf

ONU mujeres. (2015). "Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres". Obtenido de <http://igualdaddegenero.unam.mx/wp-content/uploads/2016/08/onu-mujeres-igualdad-equidad.pdf>

Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2011. (2015). Obtenido de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/mortalidad/PEEMortalidad_VE2011.pdf

Pereira de Paiva, E. M., Salvador da Motta, C., & Harter Griep, R. (2011). "Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata". *Latino Americana de Enfermagem*, 2-8.

Prendes Labrada, M. d., Aparicio Arias, Z., Guibert Reyes, W., & Lescay Megret, O. (2001). "Participación de los hombres en la planificación Familiar". Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n3/mgi02301.pdf>

Published by the UN Department of Public Information. (2009). "Violencia Contra las Mujeres". Obtenido de http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf

Rivas Sánchez, H. E. (2005). ¿El varón como factor de riesgo? “Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora”. *Estudios Sociales*, 28 a 65.

Ruiseñor, E. S. (2012). “Los derechos reproductivos y los hombres ante la interrupción del embarazo”. *Género y Salud en Cifras*, 60 a 68.

Santana Cartas, A. (2011). *El Seguro Popular de Salud en México: Posibles efectos sobre la economía informal*. México.

Sabo, D. (1999). *Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género*.

Secretaria de Salud. (2005). “Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos”. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>

Secretaria de Salud. (2013). “Promoción de la Salud”. Obtenido de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
seguro Popular. (S.F). Obtenido de <http://www.seguropopular.org/>

Sillas González, D. E., & Jordán Jinez, M. L. (marzo de 2011). “Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería”. Obtenido de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano Treviño, L. R., & Reysoo, F. (2003). “Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México”. *Salud Pública de México*, 34 - 43.

Tamez González, S., & Catalina, E. (2008). “El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud”. *Salud Pública*, 133-14.

Unidas, D. d. (2008). "Los hombres el género y la igualdad". *La mujer en el 2000 y después*, 2 - 27.

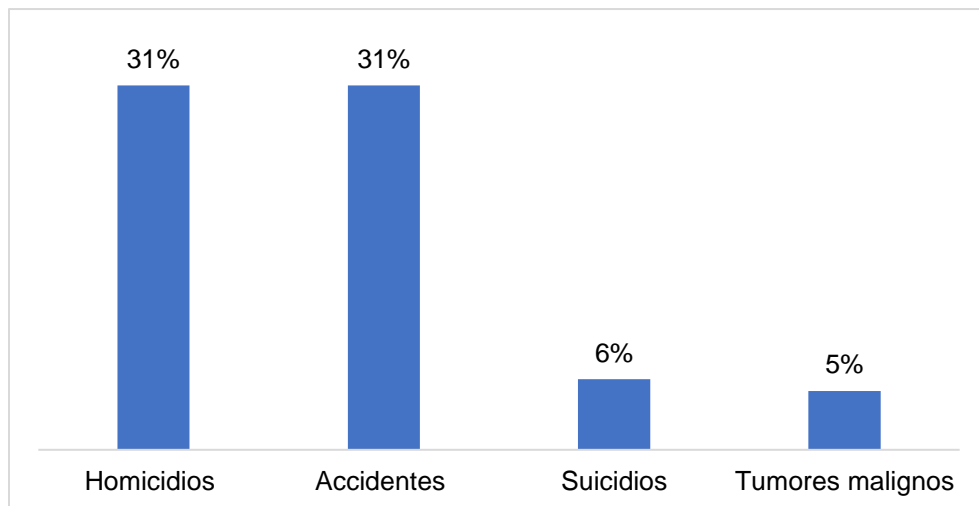
Uribe J., T. M. (septiembre de 1999). "El autocuidado y su papel en la Promoción de la Salud". Obtenido de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>

V., C. A. (1998). Páginas de Salud Pública. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina*, 304 - 306.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Sosa, C., & Álvarez, A. (2011). "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud". *Prensa Médica Latinoamericana*, 11-14.

Apéndice 1

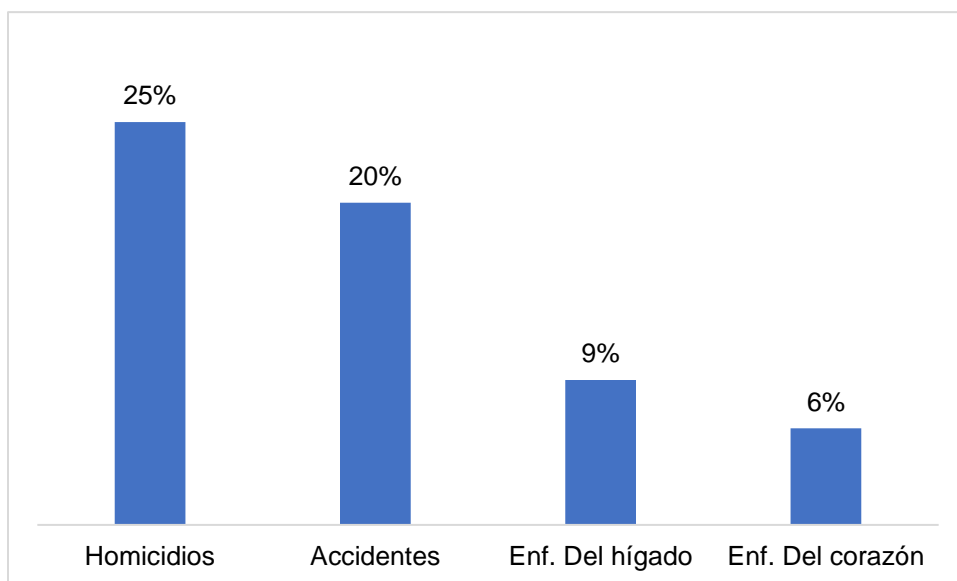
Principales causas y porcentaje de defunciones en hombres de 15 a 24 años en el periodo 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2013

Apéndice 2

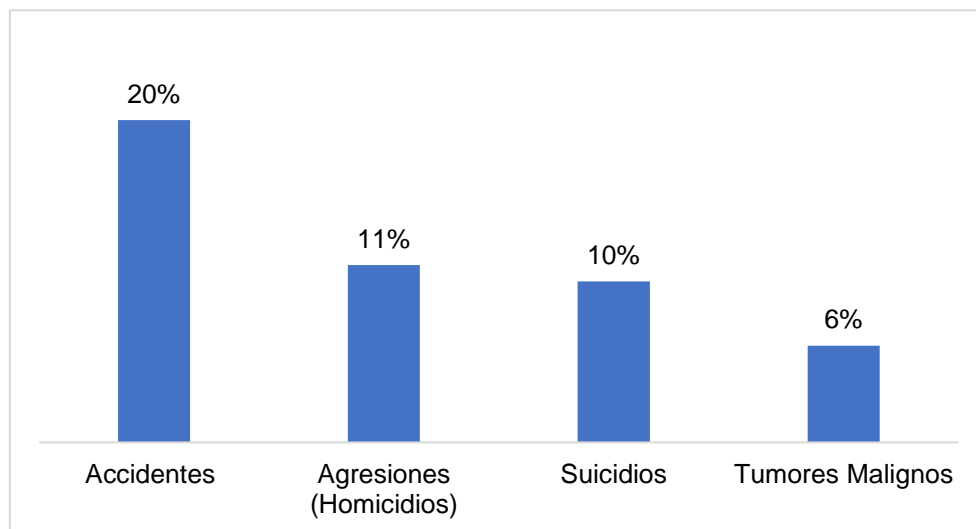
Principales causas y porcentaje de defunciones en hombres de 25 a 44 años en el periodo 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2013

Apéndice 3

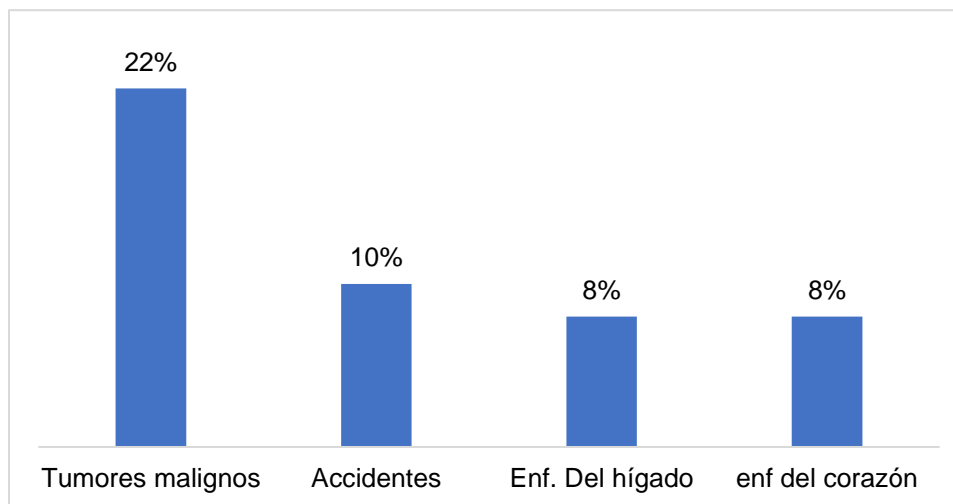
Principales causas y porcentaje de defunciones en mujeres de 15 a 24 años en el periodo 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2013

Apéndice 4

Principales causas y porcentaje de defunciones en mujeres de 25 a 44 años en el periodo 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2013

Apéndice 5



Apéndice 6



Apéndice 7



Deseo agradecer de manera especial a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por el apoyo otorgado para la impresión y empastado de la presente investigación. También deseo agradecer a la institución, porque gracias a ésta tuve la oportunidad de continuar con mis estudios de licenciatura.

Gracias por la ayuda y confianza depositada.