

Hombres Chilenos, Violencia y Salud

Chilean Men, Violence, and Health

Camilo Vega Neira¹

RESUMEN

Diversas autoras y autores han señalado el mandato patriarcal como un problema que impacta negativamente en el bienestar no sólo de las mujeres y disidencias, sino también de los propios hombres (Segato, 2018). Este ensayo se propone revelar la relación de dicho mandato con la salud de los hombres, revisar el actual abordaje institucional de la violencia, característica estructural del mandato patriarcal, como problemática social y de salud en Chile, y proponer “puntos de partida políticos” sobre la violencia en tanto determinante social de la salud de los hombres chilenos.

Palabras clave: Masculinidad, Patriarcado, Violencia, Determinantes Sociales de la Salud, Políticas de Salud

ABSTRACT

Several authors have referred to the patriarchal mandate as a problem which has a negative impact not only on women's and dissidence's, but also on men's wellbeing (Segato, 2018). This essay aims to reveal the relationship of such mandate with men's health, to review the current institutional approach on violence – a structural feature of the patriarchal mandate – as a social and public health issue in Chile, and to propose “political starting points” on violence as a social determinant of health on Chilean men.

Keywords: Masculinity, Patriarchy, Violence, Social Determinants of Health, Health Policies

Se comprende el mandato patriarcal como una pauta de comportamientos sociales o normas asignadas a los géneros; en el caso de los hombres, dicha pauta constituye la masculinidad hegemónica, conjunto de comportamientos implícitos y explícitos que exaltan la expresión de dominio, virilidad, fuerza, actividad, ostentación de poder social y disociación de la vida emocional y del cuidado, en oposición a todas las capacidades y expresiones relacionadas con compartir, cuidar y nutrir, consideradas “femeninas”, que los varones deben desatender y eventualmente rechazar, al representar fragilidad e inferioridad (Kaufman, 1995; Segato, 2018). Dicho mandato obliga a que las relaciones entre los seres humanos estén sujetas al ejercicio de poder y dominio de los hombres sobre las mujeres, como también sobre otros hombres. Aparece así la violencia como parte estructural de las relaciones basadas en el mandato patriarcal; en palabras de Rita Segato (2018), éste se constituye en mandatos de violación, crueldad y “dueñidad” – *lordship* – que resultan extremadamente difíciles de romper para los propios hombres, al situarlos en una posición de privilegio social. La violencia se manifiesta como un fenómeno amplio, cuyas expresiones incluyen violencia física, sexual, emocional, económica e institucional (Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres, 2020).

La violencia de género, hoy tratada específicamente como violencia contra las mujeres, es la que ha adquirido mayor visibilidad en la sociedad chilena. Estudios de la Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres refieren cantidades sostenidas de femicidios y actos de violencia sexual en los últimos 10 años, pese a la existencia de la ley de violencia intrafamiliar y la tipificación del femicidio como delito, entre otras medidas. Se muestra un aumento en la violencia contra las mujeres en los últimos 4 años estudiados:

¹ Terapeuta ocupacional, Servicio de Psiquiatría Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile. Candidato a Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile. Correspondencia: camilovegan@gmail.com

se registraron 58 femicidios consumados en 2018, aumentando a 63 en 2019; el número de llamados telefónicos al 149 – línea telefónica de Carabineros de Chile para denuncias por violencia intrafamiliar – aumentó de 6005 en el primer semestre de 2019 a 10160 en el mismo periodo en 2020; y se registraron más de 48 mil llamados a 1455 – fono de orientación y denuncia para mujeres víctimas de violencia, del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género – en sólo 4 meses, desde marzo a junio de 2020 (Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres, 2020).

Sin embargo, informes de salud pública a nivel nacional y en la región de las Américas, exponen indicadores generales de resultados en salud más bajos en los hombres que en las mujeres. El informe de indicadores básicos en salud de la OPS (2019) presenta, a nivel de la región, una tasa de mortalidad general de 6,9 hombres frente a 4,5 mujeres cada mil habitantes. En Chile, las tasas mantienen una proporción similar: 5,8 hombres versus 3,6 mujeres. Estas diferencias se hacen todavía más notorias en las tasas de mortalidad por causas externas (61,1 hombres versus 16,4 mujeres cada 100 mil habitantes), mortalidad por suicidios (16,0 hombres versus 3,8 mujeres cada 100 mil) y mortalidad por homicidios (7,5 hombres versus 1,1 mujeres cada 100 mil) (Organización Panamericana de la Salud, 2019). De acuerdo a algunos autores y autoras, estos resultados pueden ser influenciados por algunos de los mandatos incorporados en la masculinidad hegemónica: menor percepción del riesgo, baja promoción de prácticas de autocuidado y creencias de invulnerabilidad, lo que implica una menor percepción de los problemas de salud y menos consultas a atenciones preventivas, asociándose con peores resultados en salud (Aguayo & Sadler, 2011).

Se puede afirmar, sobre la base de los números presentados, que los hombres están notablemente más expuestos a riesgos de muerte por causas externas, que se suicidan casi cuatro veces más que las mujeres, y que son casi siete veces más propensos que las mujeres a morir en manos de terceros, que casi siempre son, precisamente, otros hombres (Aguayo & Sadler, 2011).

Respecto al abordaje de la violencia como un problema social y de salud, las actuales políticas públicas en Chile se encuentran centradas en la prevención de la violencia contra las mujeres, además de la promoción de la equidad de género, protección legal y policial, reparación del maltrato y medidas de rescate, con un amplio despliegue de dispositivos, equipos profesionales y campañas comunicacionales, todo esto orientado a las mujeres

como público objetivo en tanto principales víctimas (Aguayo & Sadler, 2011). La Subsecretaría de la Mujer del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género cuenta con dos líneas programáticas que explicitan este foco: “Prevención Integral de Violencias contra las Mujeres” y “Atención, Protección y Reparación Integral de Violencias contra las Mujeres” (Macuer et al., 2017).

Estos programas incluyen a los hombres como parte de su población objetivo. En la línea de prevención, se menciona que *“aunque la violencia es ejercida mayoritariamente hacia las mujeres, los hombres son también destinatarios de este programa, toda vez que sus concepciones culturales pueden cambiar hacia una visión igualitaria y de justicia”* (Macuer et al., 2017, p. 17).

Por otro lado, la línea de atención, protección y reparación incluye un dispositivo específico para la atención de hombres, los Centros de Reeducción para Hombres que Ejercen Violencia contra su Pareja – en adelante Centros HEVPA –, con 15 centros activos en el país, donde se aborda la reeducación de prácticas y creencias que perpetúan la violencia de género. Estos dispositivos, los únicos que abordan la violencia contra las mujeres trabajando directamente con hombres en tanto perpetradores de la misma, tienen una fuerte orientación jurídica y penal, con vías de acceso a través del sistema judicial y modelos teóricos que se centran en el cambio en la conducta de los hombres a través de su responsabilización individual, teniendo como primer criterio de inclusión que el hombre reconozca la violencia ejercida (Morales et al., 2011).

Sin embargo, esta perspectiva presenta numerosos problemas metodológicos y de cobertura. La cuenta pública del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género 2019 reveló que ese año fueron atendidos 1691 hombres en los Centros HEVPA, con sólo 117 de ellos, menos del 10%, egresados exitosamente de la intervención. Esto contrasta con las más de 6000 denuncias a Carabineros por violencia intrafamiliar realizadas sólo el primer semestre de ese mismo año (Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres, 2020). El reconocimiento individual de la violencia como requisito para el tratamiento en un Centro HEVPA deja fuera a la mayor cantidad de hombres que la ejercen; estadísticamente, los varones reportan menos actos de violencia de los que realizan, lo que se debe, en parte, a que muchos de estos actos son sostenidos y celebrados como parte de la identidad masculina hegemónica, naturalizando la violencia cuando ésta no acaba necesariamente en violación o femicidio (Aguayo & Sadler, 2011).

La orientación jurídica y punitiva en el abordaje de la violencia de los hombres limita su comprensión como un problema de salud pública. Aguayo y Sadler (2011) refieren que:

“En el discurso de las políticas los hombres están estigmatizados y construidos como ‘violentos’, ‘alcohólicos’, ‘drogadictos’ o ‘delincuentes’ más que como personas con vulnerabilidades de salud mental o psicosociales o que como posibles aliados para la equidad de género” (p. 116)

Sobre el tratamiento de la violencia como un problema de salud psicosocial, existen diferentes perspectivas donde se entremezclan cuestiones teóricas, institucionales y éticas. En el contexto institucional donde operan los Centros HEVPA, diseñados por el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género pero ejecutados por Gendarmería de Chile y organizaciones privadas, los programas de tratamiento se encuentran en un área gris entre castigo, reeducación y terapia (Ceballos & Castrejón, 2018). Los Centros HEVPA no tienen un modelo teórico unificado, recurriendo a enfoques dispares como el modelo de Duluth, el modelo transteórico de motivación al cambio y la terapia cognitivo-conductual (Morales et al., 2011). Por lo tanto, la demostración de la efectividad de las intervenciones a mediano y largo plazo en estos Centros y su capacidad para prevenir reincidencias, es limitada (Ceballos & Castrejón, 2018).

Existen diferentes visiones sobre la incorporación de otras vulnerabilidades psicosociales en el tratamiento de la violencia de los hombres, desde autores que refieren que tratar la historia personal del agresor apuntaría a “desresponsabilizarlo” de la violencia ejercida (Quinteros y Carbajosa, 2008, en Morales et al., 2011), hasta testimonios de equipos interventores que consideran que el único efecto real de asistir a programas de intervención es hacer a los hombres más astutos y manipuladores, y que su encarcelamiento es la única medida efectiva para proteger a la población (Mederos, 2002, en Ceballos & Castrejón, 2018). Estas visiones pueden explicarse, en parte, desde la histórica falta de respuestas rápidas y eficaces en situaciones de violencia, donde la reincidencia de los hombres agresores y la trasgresión de las medidas legales de protección a las mujeres son fenómenos altamente recurrentes (Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres, 2020).

Finalmente, cabe destacar que la violencia contra las mujeres no es la única forma de violencia ejercida por los hombres bajo las premisas de la masculinidad hegemónica. Si comprendemos la

violencia como parte estructural del mandato patriarcal, encontramos otras expresiones de gran impacto social y últimamente en la salud pública, como la violencia callejera, la violencia escolar o bullying, la violencia en la población penal – compuesta en más del 90% por hombres –, la homofobia y transfobia, y la notablemente mayor propensión de los hombres al homicidio y al suicidio (Aguayo & Sadler, 2011).

Todos estos antecedentes evidencian la relación entre el mandato patriarcal de la masculinidad hegemónica, la violencia en sus diversas expresiones, y la salud de los hombres (Aguayo & Sadler, 2011). Esto da cuenta de la necesidad de “políticas de masculinidad”, es decir, el establecimiento de programas de prevención y atención basados en un trabajo con perspectiva de género con los hombres como población objetivo, abordando específicamente la violencia como un problema de salud pública, con base en la concepción de los mandatos patriarcales como determinante social. La incorporación del género como determinante social de la salud ya se ha planteado en la salud pública, encontrándose en el modelo actual de determinantes sociales de la salud instaurado por la OMS, específicamente, en el nivel “distal” de determinantes sociales de inequidad en salud, en adelante DSIS (World Health Organization, 2010).

Para un abordaje más específico y contextualizado de los problemas de la masculinidad hegemónica, incluida la violencia, a nivel de políticas y programas de salud, se puede utilizar la propuesta del marco de Diderichsen y Hallqvist (1998, en Diderichsen et al., 2002), el que describe diferentes mecanismos de generación de inequidades en salud y ofrece “puntos de partida políticos” para producir cambios que mejoren la salud de los grupos afectados.

El primer mecanismo de generación de inequidades en salud, la estratificación social, se refiere a cómo la distribución desigual de recursos, poder y prestigio entre grupos con diferentes posiciones sociales puede generar inequidades que afectan la salud de los grupos menos favorecidos (Diderichsen et al., 2002). De aquí se desprende el foco institucional hacia las mujeres, en tanto grupo que sufre las mayores injusticias sociales, producto de los mandatos patriarcales de género que implican relaciones de dominio entre hombres y mujeres. Globalmente, todas las mujeres sufren más limitaciones y discriminación que los hombres en el uso y acceso a recursos económicos, bienes materiales y bienes sociales, como trabajo digno, educación formal, independencia

económica y acceso a los sistemas de salud (World Health Organization, 2010). Un punto de partida político en este mecanismo es generar políticas que influyan y modifiquen la estratificación social para disminuir las inequidades sufridas por los grupos desfavorecidos (Diderichsen et al., 2002). En el caso de disminuir las inequidades de género como DSIS, estas políticas deben necesariamente incorporar a los hombres, en tanto participantes y perpetuadores de inequidades a nivel cultural desde el ejercicio de la masculinidad hegemónica, que tiene una relación de base con el ejercicio de violencia.

El mecanismo II de generación de inequidades alude a la exposición diferencial, señalando que diferentes grupos en la sociedad se exponen a riesgos de salud de diferente tipo, cantidad y duración, existiendo patrones de riesgo particulares según la posición social (Diderichsen et al., 2002). El mandato patriarcal de la masculinidad hegemónica presenta normas específicas de comportamiento y socialización que derivan últimamente en riesgos de salud específicos para los hombres, a saber, relacionados con la mortalidad por suicidio, homicidio y otras causas externas, fenómenos que incluyen diferentes tipos de violencia que los hombres ejercen contra las mujeres, contra otros hombres y contra sí mismos (Aguayo & Sadler, 2011).

Esto se relaciona estrechamente con el mecanismo III, la vulnerabilidad diferencial, donde un mismo factor de riesgo de salud puede tener diferentes repercusiones en la vida de las personas dependiendo de la presencia de otros factores de riesgo en el grupo social (Diderichsen et al., 2002). De esto se desprende que un mismo mandato de masculinidad hegemónica tenga diferentes expresiones en los hombres según su pertenencia a un grupo socioeconómico, nivel educacional o territorio. Ya en los años 90, Michael Kaufman señalaba que las expresiones de poder y control en los hombres de la clase obrera se manifiestan en sus destrezas físicas, mientras que en los hombres de clase media y alta se manifiestan en sus destrezas verbales y su control del entorno por medios económicos y políticos (Kaufman, 1995). En Chile se evidencian diferencias en la expresión de la masculinidad hegemónica según nivel socioeconómico y territorio, con un mayor ejercicio de violencia física y sexual en las zonas más vulnerables. La presencia de eventos críticos en el curso de vida de los hombres, como el abuso sexual, también propicia la aparición de vulnerabilidades en salud mental, como el abuso de sustancias, que estadísticamente se asocian a un mayor ejercicio de violencia: cuanta más violencia sufre un hombre en

la infancia, es más proclive a ejercerla en la adultez (Aguayo & Sadler, 2011).

Finalmente, el mecanismo IV de generación de inequidades se refiere a los resultados o consecuencias diferenciales en salud, donde los grupos sociales desfavorecidos presentan mayores dificultades para afrontar un factor de riesgo de salud, con la consecuente aparición de mayores inequidades sociales y económicas (Diderichsen et al., 2002). Para afrontar todos estos mecanismos, los puntos de partida políticos se unifican, considerando la promoción, prevención y abordaje intersectorial en salud como formas de corregir las diferencias de exposición y vulnerabilidad que generan inequidades en salud (World Health Organization, 2010).

En el caso de la masculinidad hegemónica como un factor de riesgo para la salud, urge la creación de planes nacionales de salud que aborden los problemas específicos de los hombres como población objetivo, pero no sólo tratando las condiciones biológicas del cuerpo masculino. Favorecer la participación de los hombres en el cuidado de la salud requiere una observación detallada de sus necesidades y brechas en salud mental, sexual y reproductiva, más allá de las actuales pautas generales que se limitan a la prescripción de fármacos, actividad física o uso de preservativos. Se requiere diseñar programas de salud que entiendan al hombre como un ser emocional y sexual, que puede participar activamente en el cuidado de su salud, y que puede beneficiarse de relaciones no violentas, no sólo con las mujeres y no sólo a nivel sexo-afectivo, sino especialmente con otros hombres y consigo mismos (Aguayo & Sadler, 2011).

Se requiere una revisión crítica de los actuales dispositivos de intervención para hombres que ejercen violencia, tanto a nivel administrativo como metodológico, con miras a ampliar su cobertura y efectividad, e incorporar de forma sistemática y detallada el trabajo con los hombres en la erradicación de la violencia contra las mujeres.

Finalmente, se requiere de trabajo intersectorial, especialmente con el mundo de la educación, la cultura y las artes, para una promoción masiva de nuevos modelos de masculinidad “no-hegemónicos”, “diversos” o directamente “antipatriarcales”, que ayuden a revelar abiertamente los problemas del mandato patriarcal; un ejemplo es la perspectiva del “dolor de los hombres”, en palabras de Michael Kaufman (1995). Para esto, resultan esenciales tanto la investigación en salud como la participación política y ciudadana, cuestiones que se encuentran en pleno avance en el movimiento

feminista y en las numerosas organizaciones sociales por la diversidad sexual y equidad de géneros. Más allá de adherir a las consignas feministas y reconocer sus beneficios para los propios hombres (Kaufman, 1995), somos los hombres quienes necesitamos construir nuestra propia política de liberación de la “dueñidad” (Segato, 2018), del mandato patriarcal y de la violencia.

REFERENCIAS

- Aguayo, F., & Sadler, M. (2011). El papel de los hombres en la equidad de género: ¿qué masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile? En F. Aguayo & M. Sadler, *Masculinidades y Políticas Públicas: Involucrando Hombres en la Equidad de Género* (pp. 106-126). Universidad de Chile.
- Ceballos, F. B., & Castrejón, A. H. (2018). Efectividad de las intervenciones en la violencia de pareja y ética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(2), 33-61. <https://doi.org/10.18359/rbi.3380>
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2002). Bases sociales de las disparidades en salud. En Organización Panamericana de la Salud, *Desafío a la falta de equidad en la salud: De la ética a la acción* (pp. 13-26). Organización Panamericana de la Salud.
- Kaufman, M. (1995). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictoras del poder entre los hombres. *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, Bogotá, Tercer Mundo, 123-146.
- Macuer, T., Weinstein, M., & Belmar, C. (2017). *Informe final de evaluación. Programa de Prevención Integral de Violencias contra las Mujeres y Programa de Atención, Protección y Reparación Integral de Violencias contra las Mujeres*. Ministerio de la Mujer y Equidad de Género.
- Morales, A. M., Muñoz, N., Trujillo, M. L., Hurtado, M. T., Cárcamo, J., & Torres, J. (2011). *Los programas de intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja*. Fundación Paz Ciudadana.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*. OPS.
- Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres. (2020). *Violencia contra las mujeres en Chile. Dossier informativo: 2019-2020*.
- Segato, R. L. (2018). Manifiesto en cuatro temas. *Critical Times*, 1(1), 212-225. <https://doi.org/10.1215/26410478-1.1.212>
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Debates, policy & practice, case studies*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf