

Genealogía del cuidado de sí masculino en la salud pública colombiana: periodo 1950-2013*

Genealogy of Male Self-Care in Colombian Public Health: Period 1950-2013

NORA EUGENIA MUÑOZ FRANCO**

Resumen

Se busca comprender la configuración del cuidado de sí masculino en los discursos y las prácticas de la salud pública colombiana, periodo 1950-2013. La metodología genealógica foucaultiana, como estudio documental, permitió la relectura de la historia, a través de la estrategia de análisis del discurso en materiales históricos (documentos, material audiovisual) que se recuperaron del pasado. Se encontró la incidencia de los modelos económicos que trazaron los procesos de modernización en el país, en el discurso del cuidado de sí en la salud masculina, materializado en las políticas públicas y la primacía de los varones en el escenario político con permanente participación en la guerra. Las conclusiones se vinculan a la consolidación de un discurso y unas prácticas de cuidado de sí masculino, inherentes a un dispositivo de poder que les instrumentaliza como fuerza de trabajo y la configuración de un modelo de masculinidad sustentado en el conservadurismo, la heterosexualidad y la violencia.

Palabras clave: cuidado de sí, salud pública, masculinidades, políticas públicas, genealogía.

Abstract

This article explores the development of male self-care within the discourses and practices of Colombian public health from 1950 to 2013. Using a Foucauldian genealogical methodology as a documentary study, the article reinterprets history through discourse analysis of historical materials (documents and audiovisual material) recovered from the past. The article identifies the impact of economic models that shaped the country's modernisation processes on the discourse of self-care in male health. This is evident in public policies and the primacy of men in the political arena, as well as

* En este artículo se presentan resultados de la tesis doctoral "Varones y cuidado de sí: los costos del privilegio para la salud masculina (periodo 1950-2000)", presentada para obtener el título en PhD en Salud Pública en 2013 —tesis a la que le fue otorgada distinción Cum Laude—. Al tema de estudio se le dio continuidad, mediante el Proyecto de investigación aprobado por el Comité de Investigación - CODI 2014-1771 "Configuración del cuidado de sí masculino en los discursos y prácticas de la salud pública colombiana (periodo 2000-2013)", correspondiente a la Convocatoria Programática Ciencias Sociales, Humanidades y Artes 2014, Universidad de Antioquia. De este también se incluyen los resultados en este documento, buscando develar la ruta de la genealogía del cuidado de sí masculino en la salud pública colombiana. El análisis se hace partiendo del hecho de que la salud es social y política, por lo tanto, este articula categorías y teorías de las ciencias sociales y humanas.

** PhD en Salud Pública. Docente titular, Departamento de Trabajo Social. Miembro activa del Grupo de Investigación en Intervención Social —GIIS—, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

nora.munoz@udea.edu.co

 orcid.org/0000-0002-2822-4706  Google Scholar



their ongoing participation in war. The conclusions are linked to the consolidation of a discourse and practices of male self-care inherent to a power structure that instrumentalises men as a workforce and to the formation of a masculine identity based on conservatism, heterosexuality and violence.

Key words: self-care, public health, masculinities, public policies, genealogy.

Introducción

El cuidado de sí como una de las instancias vitales para el mantenimiento de la salud, se fundamenta en los aprendizajes socioculturales y, por tanto, en las interacciones que se desarrollan entre los sujetos. Es decir, este se deriva de una construcción social que sustenta su dimensión ético-política, en tanto insta al desarrollo de procesos reflexivos por parte de hombres y mujeres, que conducen a la adopción de ciertas actitudes y prácticas de salud, según los condicionantes genéricos, sociales, culturales, económicos y políticos que posibilitan su desarrollo.

En relación con los varones, la pregunta por su lugar frente a su propio cuidado conlleva el reconocimiento de las reales posibilidades de estos como sujetos generizados, que asumen actitudes¹ y desarrollan prácticas de salud de acuerdo con el condicionante del género. Se tiene en cuenta la Salud Pública como saber instituido y como campo de dominio reconocido y autorizado académica y políticamente, para aportar a la construcción del cuidado de sí en la esfera sociocultural y, por tanto, entre la población masculina, a través de las políticas públicas. En este artículo se plantean reflexiones que aportan a develar ¿cómo se ha configurado el cuidado de sí masculino, en los discursos y las prácticas de la salud pública colombiana?

Se parte de explicitar esa correlación de fuerzas que demarcó las condiciones de posibilidad de determinadas prácticas y discursos en relación con el cuidado de sí en la salud masculina en nuestro país. Los procesos de transformación política y económica que ha vivido Colombia a partir de la década de los 50 del siglo XX, han configurado una ruta, unas tácticas y estrategias específicas para adoptar ciertas formas de cuidado de la salud en los varones. Pero ¿cuáles han sido esas condiciones que aparecen de manera azarosa², como posibilidad para configurar este discurso en el ámbito nacional?

¹ Concebidas como aquellas estructuras particulares de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable que guía el comportamiento desde el punto de vista afectivo y cognitivo.

² El azar en este trabajo se entiende como “aquello que inevitablemente hace singular el acontecimiento y aquello que las fuerzas en juego buscan dominar, controlar” (Foucault M. , 1971, p. 148).

A partir de la segunda mitad del siglo XX emergió en Colombia un discurso implícito alrededor del cuidado de la salud, que buscó salvaguardar las posibilidades de crecimiento del país y un poder masculino que se expresó en la guerra y la política específicamente, como escenarios de despliegue de prácticas casi exclusivamente de varones, con todas las implicaciones que ello tuvo para la salud de estos, por estar sustentadas en la violencia y la agresividad a gran escala. Prueba de ello ha sido el prolongado conflicto armado interno y los diferentes fenómenos asociados con la violencia como el narcotráfico y la delincuencia que, con presencia de diversidad de actores en sus múltiples correlaciones de fuerza y tensiones políticas, ha cobrado la vida de centenares de ciudadanos y ciudadanas (Franco, 1999).

Los hombres representan, en el periodo de estudio, la proporción más alta en fuerza de trabajo, y los objetivos que el Gobierno planteó desde mediados del siglo pasado se han orientado al logro del crecimiento económico como prioridad exigida por organismos y aliados internacionales, que tomaron medidas para asegurar la implantación y permanencia del modelo capitalista neoliberal, como vía para ejercer el control y el poder en América Latina.

Estas intencionalidades constituyeron el telón de fondo sobre el cual se desarrollaron y se transformaron dispositivos alrededor del cuidado de sí en la salud masculina. Así como el poder en el ámbito de lo público, cuya máxima expresión ha sido la violencia estructural, que deja evidencia de la hegemonía masculina en la política y en la toma de decisiones en el contexto nacional. Poder que aún hoy, a pesar de las luchas y procesos diversos de movilización social, no ha logrado desestabilizarse ni redefinirse de manera contundente.

Referente teórico y conceptual

Desde la perspectiva relacional de género propuesta por Figueroa (2003) se comprenden y se reinterpretan históricamente los discursos de la salud pública para construir y deconstruir lo que ella dice, implícita o explícitamente, sobre el objeto Cuidado de Sí, con orientación hacia la salud masculina. Desde ella se pudo identificar la dimensión sociocultural (Geertz, 1991) que condiciona la salud y su cuidado en hombres y mujeres, de acuerdo con sus formas de organización.

Entendida como visión filosófica y de la historia (Benhabib y Cornell, 1990), la perspectiva relacional de género orienta en la comprensión de las características que definen a mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y sus diferencias, esenciales para encauzar la acción desde la salud pública.

Se debe considerar que ser hombre o ser mujer refiere una manera distinta de ver el mundo y de asumirse en él y, por consiguiente, implica también considerar su construcción sociohistórica como sujetos. Los análisis sobre masculinidades que se han expandido por más de cuatro

décadas, invitan a tener en cuenta un nuevo foco de atención: el de los hombres como sujetos “generizados” (Faur, 2004), esto es, como productores de sentidos y constructores de realidad (Ramírez, 2017).

Para el análisis de la información se desarrollaron cinco conceptos:

1) Masculinidades: prácticas sociales, que se encuentran atravesadas por múltiples factores personales, económicos, culturales, sociales y políticos; sus transformaciones son complejas y multideterminadas (Faur, 2004). Según Núñez (2004), pensar en los varones como seres genéricos (o generizados) es hacer referencia a ellos como “sujetos con una identidad de género”, es decir, como aquellos posicionados de acuerdo con procesos de socialización concretos, en estructuras culturales determinadas.

Connell (1997, p. 31) indica que, si bien hay múltiples masculinidades, existe un tipo de masculinidad que ocupa “la posición hegemónica en un modelo dado de relaciones de género, una posición siempre disputable”, un modelo referente que “encarna una estrategia corrientemente aceptada”. Es la masculinidad hegemónica, dada por “la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres” (Connell, 1997, p. 32). Esta tiene como característica fundamental la dominación de los hombres heterosexuales y la subordinación de los hombres homosexuales y de las mujeres.

2) El cuidado de sí: es una construcción social mediante la cual se alude a la actitud relacional en los sujetos, lo que le da un carácter ético-político. Es decir, se hace alusión a las formas de relación de los sujetos con su cuerpo, con su entorno y con los otros en el escenario social, porque este direcciona los comportamientos, las conductas, las actividades cotidianas y las prácticas sociales que proporcionan salud (Muñoz, 2006). Cuando relacionamos la actitud vital que constituye el cuidado de sí con la salud, estamos despertando un comportamiento ético por la vida, por la adopción de la responsabilidad y la preocupación de cómo vivir, en la medida en que cuidar de sí es crear conciencia para tener una relación saludable consigo mismo, con los otros y con el entorno en el cual se desarrolla nuestra vida diaria.

Según Foucault (1996), cuidado de sí es un concepto histórico que involucra la concepción y el referente que se tiene sobre sí y, en esa medida, sobre los otros, constituye una actitud frente a la vida y la posición que el sujeto asume frente a ella, frente a sus procesos vitales y la capacidad de respuesta personal y política con respecto a la propia salud, la enfermedad y la muerte. En esta medida, él está transversalizado por la reflexión, la ética y el aprendizaje socialmente construido. Esta actitud vital, que constituye el cuidado de sí, se materializa en una serie de prácticas de autocuidado que posibilitan el mantenimiento de la buena salud. El autocuidado debe entenderse como las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas, que

realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (Tobón, 2010).

3) Salud-enfermedad. Franco (1998) afirma que la salud es parte del proceso vital humano y tiene diferencias según el género, porque sus características están determinadas por la interdependencia de las múltiples dimensiones presentes en la vida diaria, referidas específicamente a las formas de organización social, las redes comunicacionales y las representaciones sobre la propia reproducción que tienen los sujetos en su contexto histórico (Torres, 2019), por lo que esta adquiere connotaciones particulares regidas por la propia experiencia y las permanentes influencias de los ámbitos político, económico, cultural y social en la vida cotidiana como escenario de reproducción de la sociedad. Hombres y mujeres realizan una construcción sociohistórica particular en torno a sus procesos de salud-enfermedad, como sujetos generizados, productores de sentido y participantes activos en la gestión del desarrollo (Faur, 2004).

4) La biopolítica. Hay que entender por biopolítica la manera en que, a partir del siglo XVIII, se buscó racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de vivientes en cuanto población: salud, higiene, natalidad, longevidad, raza (Castro, 2004).

Las poblaciones se entienden entonces como fin e instrumento del Gobierno. Este concepto contiene dos componentes que aluden, primero, a la relación número de habitantes/territorio y, segundo, a las relaciones de coexistencia que se establecen entre los individuos que habitan el mismo territorio (tasa de crecimiento, de mortalidad) y sus condiciones de existencia (Revel, 2008).

El objeto de la biopolítica es el cuerpo múltiple, la población, el hombre como ser viviente, como perteneciente a una especie biológica. Estudia los fenómenos de masa, en serie, de larga duración. Sus mecanismos son de previsión, de estimación estadística, medidas globales. Su finalidad es el equilibrio de la población, su homeostasis, su regulación, es la manera de ejercer el poder a través del gobierno.

5) El poder. Según Foucault (2004), el poder es cada vez menos el derecho de hacer morir y cada vez más el derecho de intervenir para hacer vivir, y de intervenir sobre la manera de vivir, y sobre el ‘cómo’ de la vida; a partir de ese momento, entonces, en que el poder interviene, sobre todo en este nivel, para ampliar la vida, para controlar los accidentes, lo aleatorio, las deficiencias, de golpe la muerte, como término de la vida, es evidentemente el término, el límite, el extremo del poder (Foucault, 2004).

Se toma como punto de partida el poder como lucha, como enfrentamiento. Este no se posee, se ejerce, constituye aquella fuerza que conduce conductas y dispone de su probabilidad induciéndolas, apartándolas, facilitándolas, dificultándolas, limitándolas, impidiéndolas (Castro, 2004).

Metodología

La genealogía³ se configuró como enfoque metodológico del estudio; alude al análisis de las formas de ejercicio del poder. Este, como un tipo de investigación documental (Botero, 2002), permitió establecer las relaciones entre las prácticas discursivas y las prácticas no-discursivas⁴ referidas al cuidado de la salud.

La genealogía como relectura de la historia se fundó en la estrategia del análisis del discurso presente en los materiales históricos (documentos, material audiovisual) que se recuperaron del pasado.

Los discursos, se entendieron como prácticas sociales que incorporan elementos que no son sencillamente lingüísticos, pues estos son condicionados por un contexto histórico particular y un inventario de reglas socialmente elaboradas que constituyen los objetos de los que hablan. En otras palabras, el discurso es un “conjunto de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación” (Foucault, 2007, p. 105) [la clínica, la psiquiatría, la salud pública, por ejemplo]. Tales enunciados son limitados en número y para ellos se definen unas condiciones específicas de existencia.

Este estudio se ocupó de cómo esas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: se trató de sacar a la luz el poder del lenguaje como práctica constituyente y regulativa. El punto de partida de este análisis se basó en la proposición de que el cuidado de sí en la salud masculina no está solo mediatizado por el lenguaje, sino también controlado por él (Íñiguez, 2006).

La genealogía busca, en el discurso, un campo de regularidad para distintas posiciones de subjetividad, permitiendo identificar la táctica utilizada (Foucault, 2007). Es decir, el análisis de las formas del ejercicio del poder que en ella se desarrolla, para lo cual fue útil el

³ Con respecto a la genealogía, Foucault no publicó un trabajo específico, como sí lo hizo con la arqueología (*La arqueología del saber*). Sin embargo, hace alusión al método genealógico en muchos de sus textos, entre ellos: *Defender la sociedad*, en el que se consigna su curso en el Collège de France entre 1975 y 1976 y *Microfísica del poder*, versión publicada en 1993 por la Piqueta.

⁴ Las prácticas discursivas se entendieron, de acuerdo con Foucault (2007, p. 104), como un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y en el espacio, que definieron durante la segunda mitad del siglo XX las condiciones de ejercicio de la función enunciativa en relación con el cuidado de sí. Las prácticas no discursivas se refirieron a las relaciones de poder entre las condiciones de posibilidad de la formación de los saberes sobre el objeto de estudio; se trató de analizar el poder en términos de tecnología, de táctica y de estrategia (p. 104).

dispositivo⁵ como término que incluye elementos heterogéneos (discursivos y no discursivos) y la referencia a la propia relación entre ellos.

Para la generación de información se privilegió la revisión documental (Galeano, 2004), como técnica para el rastreo, la ubicación, el inventario y la selección de los materiales a analizar. Este procedimiento consistió en organizar períodos en la procedencia de la práctica a partir de fuentes secundarias que contuvieran la historia política, social e institucional de los discursos del cuidado de sí en la salud masculina, tales como documentos normativos a escala nacional e internacional, estadísticas del país, seguimiento en prensa nacional y material visual (películas que involucran elementos del cuidado de la salud). Esta claridad permitió responder a cómo materializar el discurso, es decir, cómo estructurar el corpus⁶ para el análisis.

El procesamiento y análisis de los datos se efectuó mediante la identificación de la procedencia de las marcas, de los sucesos que llevaron a la lucha diferentes discursos del cuidado de sí en la salud masculina durante el periodo de interés para el estudio. Se tuvieron en cuenta tres elementos metodológicos para el análisis de la información, de acuerdo con los planteamientos de análisis genealógico propuesto por Foucault (1970), los cuales a su vez complementaron la vigilancia epistemológica necesaria en un estudio de tal envergadura:

- a) El principio de discontinuidad: tratar los discursos registrados como prácticas discontinuas, sin suponer que debajo de los discursos pronunciados existe otro discurso ilimitado, silencioso y continuo, que es reprimido o censurado.
- b) El principio de especificidad: considerar que los discursos constituyen una violencia que ejercemos sobre las cosas, y que no hay providencia prediscursiva.
- c) El principio de exterioridad: no ir hacia el núcleo interior y escondido del discurso, el pensamiento, la significación; dirigirse hacia sus condiciones externas de aparición (Foucault, 1970).

En términos procedimentales, se pusieron en práctica dos operaciones analíticas clave, apoyadas en los principios expuestos y la comparación constante de información ya disponible: la búsqueda activa y sistemática de propiedades y la escritura de notas de análisis e

⁵ El dispositivo son prácticas. Este constructo metodológico fue de central interés para la investigación por constituirse como objeto de la descripción genealógica desarrollada (p. 105), y consistió en el conjunto heterogéneo que comprendió discursos, instituciones, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, relacionadas con el cuidado de sí. En resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho y él tiene que ver precisamente con la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos.

⁶ Por corpus se entiende el conjunto de materiales seleccionados para su análisis en el marco de la investigación, mediante los cuales se busca dar cuenta del objeto de estudio. En este sentido, se alude a libros, documentos oficiales, prensa y material audiovisual.

interpretación, para registrar las inferencias que fueron surgiendo durante la codificación. Por ello, con este procedimiento se hizo conjuntamente la codificación, el análisis y la recogida de datos complementaria, que fueron exigiendo las anotaciones.

Las interpretaciones se consignaron en memos analíticos; estas se asociaron con percepciones temáticas, tendencias, lógicas, emergencia de sucesos relevantes que pudieron imprimir variaciones en las lógicas de funcionamiento del discurso sobre el cuidado de sí, con la intencionalidad de juntarlos, confrontarlos, relacionarlos y tematizarlos.

Resultados y discusión

Políticas públicas en salud, varones y cuidado de sí

Un rasgo común en las políticas públicas en salud colombianas, por lo menos en el periodo 1950-2013, es que ellas han sido diseñadas en torno al discurso del crecimiento económico y del posicionamiento de los varones como principal fuerza de trabajo del país, es decir, se han ubicado en el escenario productivo (Connell, 1995) en contraposición con las mujeres, quienes preponderantemente han sido instaladas en el ámbito de la reproducción y la vida doméstica.

Tal planteamiento conlleva al reforzamiento, desde la institucionalidad, de los parámetros de género que dominan el orden social colombiano. Género y cuidado de sí se entrecruzan desde las políticas públicas, para convertirse en un dispositivo de control y sometimiento de los varones y de las mujeres, de acuerdo con requerimientos políticos y económicos que se conjugan a través de diferentes formas de institucionalización; se trata pues de una racionalidad económica en esencia.

Pero, para identificar las formas en que opera la racionalidad a la que se alude en Colombia, se parte de proponer dos elementos interdependientes que son fundamentales para hacer una lectura crítica de la configuración del cuidado de sí en la salud masculina, entre 1950 y 2013. Los elementos a los que se hace referencia son la política pública como proceso sociopolítico y el carácter político del cuidado de sí, porque ello lo convierte en objeto y fin de la política.

Las políticas públicas implican un acto de poder de quienes lo detentan, materializando sus intereses por encima de los del colectivo. Tal hecho soslaya el ideal de garantizar la participación democrática de las bases en la priorización de los problemas y la toma de decisiones que se encarnen en normas o en un conjunto de estas (Roth et al., 2008), de tal manera que se consideren las condiciones reales, los medios y recursos para darle solidez, viabilidad y factibilidad a las políticas.

El segundo elemento propuesto se articula a los anteriores planteamientos, dado que estos tienen implicancias para el cuidado de sí en la salud masculina. Se alude a un proceso de aprendizaje social en el que no solo se participa individualmente, sino también con otros con quienes compartimos nuestra vida cotidiana, así como también el Estado mediante el cumplimiento de sus responsabilidades con los ciudadanos como hombres y mujeres que habitan un territorio sociocultural, condicionados por el género.

Así, las políticas públicas en salud debieran reflejar el interés colectivo y establecer estrategias que contribuyan a la generación de una cultura del cuidado de sí, pero que parta de un proceso de reflexividad. Es decir, esta debiera partir de la acción que se realiza entre el yo y el otro o la otra, buscando confrontar permanentemente lo que se piensa, se dice, se hace y se es, en contraste con la reflexión sobre las narrativas que cultural y socialmente se desarrollan en relación con el cuidado de sí, con la intencionalidad de interpelarlas y potenciar a partir de ello nuevas posibilidades, nuevas alternativas que permitan la transformación del mundo personal y social, en torno a actitudes y prácticas en las que se asuma la salud en perspectiva de procurar su cuidado y mantenimiento.

Se genera así un proceso sociopolítico y, por lo tanto, tendría que tenerse la claridad de que el cuidar de sí y la reflexividad terminan siendo mecanismos para desdibujar los límites entre el adentro y el afuera, en otras palabras, entre el yo y el otro, y también para quebrar las fronteras mismas tanto del adentro como del afuera, es decir, las de la subjetividad y las del mundo. Esta es, precisamente, la fuerza, la potencia, la condición ético-política del cuidado de sí (Cubides, 2006).

Son entonces las relaciones con la sociedad y por ende con instituciones como el Estado, la familia y la escuela, entre otras, las que posibilitan la construcción de ciertas actitudes y prácticas crítico-reflexivas no solo individuales, sino también colectivas, para el cuidado de la salud, hecho que le da a este un carácter político. Se debiera buscar entonces “desarrollar la dimensión cultural de la política, lo cual implica construir la experiencia subjetiva del nosotros y potenciar nuestras capacidades para organizar las formas en que queremos convivir” hombres y mujeres (Cubides, 2006, p. 4). El reto, por consiguiente, es “experimentar nuevas formas de política vinculadas a una ética agonial y a una política del arte de vivir” (Cubides, 2006, p. 4).

Pero la posibilidad o no de que el binomio política pública-cuidado de sí en la salud, se articule y se haga así efectiva su interdependencia bajo una perspectiva de género, depende del modelo de desarrollo que un territorio o nación asuma en sus procesos de planeación y gestión pública, razón por la cual vale la pena dar un rodeo por las formas como se configuraron las políticas de género en el Estado colombiano y las diferentes orientaciones que ha tenido el desarrollo y la planeación en el ámbito nacional.

El recorrido discursivo de las políticas públicas en el país ha estado sustentado en tres elementos fundamentales: 1) Una evolución del discurso de género centrado en las mujeres de manera explícita, con todas las implicaciones que ello tuvo para estas y para los mismos hombres, al perpetuar sus posiciones según la división sexual del trabajo. 2) Una concepción del desarrollo equiparable con crecimiento económico y la consecuente relación entre productividad y salud. 3) El exogenismo de los discursos de la planeación y el desarrollo en el país (Restrepo, 2004). A continuación, se profundiza cada uno de ellos.

La evolución del discurso de género en las políticas públicas colombianas

Los procesos de industrialización, urbanización y modernización generados en el país a partir de la segunda mitad del siglo XX, y el proceso de globalización de la economía, incidieron de modo significativo en los modelos de desarrollo que adoptaron los gobiernos, en cuyos discursos se comienzan a integrar políticas bajo un enfoque de bienestar explícitamente dirigidas a las mujeres, y se impulsan bajo el modelo económico desarrollista que se consolida en los años 60, como decenio denominado “década del desarrollo” por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

En la década de los 70, se transita hacia un discurso de la equidad que sigue haciendo énfasis en las mujeres, pero sin descentrarlas de su posición de género tradicional (Peláez y Rodas, 2002). Se feminizan las políticas públicas e implícitamente, desde este, se afianza la posición de los varones como principal fuerza de trabajo en el país al reconocer la mujer como “recurso no aprovechado susceptible de aportar económicamente al desarrollo” (Peláez y Rodas, 2002, p. 124), lo que llevó a que Estados Unidos condicionara los programas de cooperación para el desarrollo a que los gobiernos latinoamericanos incluyeran las mujeres en las economías nacionales.

Durante la misma década cohabitaron dos estrategias en las políticas públicas colombianas: de un lado, por efecto de la preocupación del Banco Mundial (1972) en torno a la redistribución de los ingresos y la erradicación de la pobreza, se feminiza la pobreza al identificar a las mujeres del Tercer Mundo como las más pobres entre los pobres, instalando la estrategia de la atención a las necesidades básicas (vivienda, vestido, alimentación, salud, educación y transporte) y la reducción de la fertilidad (Peláez y Rodas, 2002). Sin embargo, no se cuestionaron las posiciones tradicionales de género, lo que llevó a la perpetuación del orden social nacional.

La segunda estrategia que tiene vigencia en los años 70, se asocia con la recesión mundial de finales del decenio que tuvo un impacto prolongado a lo largo de los años 80 llevando al Banco Mundial y al Fondo Monetario Internacional a implementar las políticas de “Ajuste Estructural”, con la finalidad de mejorar las tasas de crecimiento económico. La estrategia que se implementa “sostiene que, para el logro de un mayor desarrollo, sería más eficiente considerar el conjunto de la población, hombres y mujeres, en tanto personas disponibles

para el mercado de trabajo” (Peláez y Rodas, 2002, p. 124-125). Se da un tinte netamente economicista al desarrollo y se sostienen los cánones de género; estos no son alterados en los discursos de la época.

Aunque desde finales de los años 70 se introdujo el concepto de género en América Latina y Colombia, es desde mediados de los años 80 que se introduce su contenido enfatizando que este no refiere únicamente a mujeres o a hombres, sino que también hace alusión al tipo de relaciones que se construyen entre ambos desde el punto de vista sociocultural. Así, aunque persisten los enfoques que buscan articular tanto a hombres como a mujeres en la lógica productiva, aparece un discurso que se resiste y pretende que se efectúen cambios estructurales que posibiliten la igualdad y la equidad entre los géneros, tal es el caso del movimiento feminista (Peláez y Rodas, 2002).

El feminismo, como todo movimiento social, es heterogéneo y busca una transformación del sistema de poder, cuestiona la identidad de la actual sociedad. Este aparece como un enfrentamiento a la rigidez de las doctrinas, normas, orden social, que tienden a decaer y que, sin embargo, las tradiciones, los sistemas ideológicos, las barreras sociales y culturales se empeñan en reforzar y mantener (Mérola, 1985)

Los años 90 representan la apertura hacia otros discursos asociados con el anterior, tales como el empoderamiento, que cuestiona el modelo de desarrollo imperante en el país y la participación activa femenina (Peláez y Rodas, 2002).

La primera década del nuevo milenio (2000-2010) y los primeros años del segundo decenio, estuvieron marcados por la persistencia y agudización del conflicto armado colombiano y, en contraposición, se iniciaron los procesos de paz. Las políticas públicas estuvieron amparadas por el discurso nacional del comunitarismo y la seguridad democrática. Se produjo la dolarización de la economía del país en las transacciones internacionales, lo que produjo el auge de la inversión extranjera (Reyes y Loaiza, 2014).

El Gobierno colombiano da un viraje en las políticas públicas, debido a las crisis económicas mundiales que obligaron al país a adoptar medidas de ajuste y asumir el modelo de desarrollo neoliberal, que surgió como respuesta a la crisis del modelo de acumulación sobre el cual se erigió el Estado benefactor obliga a desarrollar una nueva visión de la relación entre la ciudadanía y el Estado, asumiendo este el rol de socio facilitador de las aspiraciones individuales y colectivas, redefine la relación entre Estado, mercado y sociedad, impulsando una revalorización del mercado como factor por excelencia para generar bienes y servicios eficientes. En los inicios del nuevo milenio se consolida la apertura económica del país.

En resumen, en las políticas públicas, este modelo se expresa en el recorte del gasto público social, privatización de las empresas de servicios públicos, apertura económica indiscriminada,

ajuste fiscal, hegemonía del capital financiero, desvalorización del mercado de trabajo: informalización y degradación del trabajo, domesticación del trabajo y feminización laboral (Peláez y Rodas, 2002).

Se produce un nuevo viraje en los discursos del desarrollo con la introducción del neoliberalismo como sistema que exige grandes reformas al Estado, básicamente en la estructura económico-productiva, así como la integración social y la intervención mediante la focalización de las políticas en sectores tradicionalmente excluidos, entre ellos las mujeres. Sin embargo, persiste la primacía de sostener el crecimiento económico y la hegemonía del mercado en el escenario mundial, y se reitera que las políticas no han sido neutras en relación con los condicionantes del género, trastocando las relaciones entre hombres y mujeres al situar las decisiones en esta materia, bajo el criterio de la división sexual del trabajo, con la “visión dual del papel productivo y público asignado a los hombres y el papel reproductivo en el espacio privado como tarea exclusiva de las mujeres” (Peláez y Rodas, 2002, p. 128).

Varones, productividad y salud en los discursos del desarrollo en Colombia

La evolución del discurso de género se inscribe en el marco del desarrollo colombiano en el periodo estudiado. Este, en su narrativa, tuvo como punto de partida una mirada externa a la realidad nacional, debido a que el país se consideró “tabula rasa en el tema del desarrollo” (Currie, 1951). Finalizada la Segunda Guerra Mundial, en América Latina se producen transformaciones ligadas a la dinámica de expansión de las economías capitalistas. Se introduce el concepto de desarrollo desde Estados Unidos y la implementación de estrategias de planificación. En este sentido, la categoría desarrollo se equipara con el “paradigma occidental de progreso, entendido como crecimiento sostenido e ilimitado de la producción, con base en la industrialización” (Peláez y Rodas, 2002, p. 128).

El concepto de desarrollo, ligado históricamente al sistema capitalista, ha sido aplicado con diversas variantes, expresándose en modelos de carácter global, tales como el liberal clásico, el keynesiano y el neoliberal. Desde la segunda mitad del siglo XX y los inicios del siglo XXI, en América Latina se identifican básicamente cuatro modalidades de plantear el desarrollo, con sus correspondientes estrategias: sustitución de importaciones (1950-1970), ajuste estructural (década de los 80) y propuestas de transformación productiva con equidad social y sustentabilidad ambiental, en el marco del neoliberalismo (década de los 90) (Peláez y Rodas, 2002). Entre los años 2000 y 2013 se produjo creciente inversión extranjera con la apertura económica y la liberalización comercial; se tuvo como premisa una integración con los mercados internacionales (Reyes y Loaiza, 2014).

Efectivamente, en 1949 el Banco Internacional para la Reconstrucción y el Fomento nombró al profesor Lauchlin Currie para desarrollar una misión económica en Colombia. Este es quizá el

hito de la planeación en nuestro país, pues su informe “Bases de un programa de fomento para Colombia” (1951) se convirtió en el eje articulador de la planeación nacional por espacio de aproximadamente dos décadas, entre los años 50 y 60. En este informe se plantea la paradoja de la pobreza en Colombia, de un lado es un territorio con una riqueza natural incalculable y, de otro, hay un déficit en el nivel de vida (Currie, 1951), reflejado en la falta de elementos básicos como salud, educación, vivienda y bienes y servicios (Rojas, 2007).

Si bien finalizando la década de los 50, mediante el informe Currie, se abona el terreno para establecer la relación entre salud y desarrollo, es entre 1958 y 1974 que se produce “el fenómeno (...) entendida aquella como inversión y no como gasto, en términos económicos, hecho que implica una planeación rigurosa” (Quevedo, 1990, p. 111), lo que genera transformaciones en la formas de intervención estatal, pues se ubica en el centro la racionalidad económica y, obviamente, involucra la planeación exhaustiva para definir líneas de acción que respondan al crecimiento acelerado que el país buscó durante estas décadas, bajo las directrices de Estados Unidos.

La misión Currie presentó entonces como propósito central alcanzar mayores índices de salud, educación y consumo no suntuario para las amplias capas de la población, es decir, nivelar sus condiciones de vida sobre una base mínima de dignidad humana, mediante una estrategia socioeconómica básica, dirigida al aumento de la productividad, mejorando la distribución del ingreso y logrando mayores créditos y mayores inversiones provenientes del exterior.

En este orden de ideas:

(...) la productividad debía aumentarse mediante una mejor organización en el uso de los recursos existentes, la introducción de un nivel más elevado de tecnología y el encauzamiento de la inversión tanto pública como privada hacia actividades más productivas y socialmente más benéficas. (López, 2011, p. 34-35)

La misión Currie se convirtió en el primer intento, aunque bajo la visión de un agente externo, por diagnosticar y dar una orientación a la planeación nacional. En este informe se definen elementos de vital importancia para lo que constituiría el futuro de las acciones y la inversión pública del país en el sector social, incluida la salud, así como una serie de recomendaciones con un marcado interés por cualificar la población económicamente activa.

Se hace extensivo un calificativo como la baja capacidad de trabajo del pueblo colombiano, que muestra un discurso mediante el cual se induce a la necesidad de volver apta para el trabajo mediante concesiones mínimas en salud que permitan el sostenimiento de la fuerza de trabajo.

De esta manera, el hecho de anteponer la racionalidad económica como finalidad última del desarrollo, y supeditar a ella las condiciones de salud de la población, da cuenta de la tendencia que comienza a emerger en torno a un pensamiento hegemónico que pondría en jaque el cuidado de sí en la salud de los hombres, al articular el binomio desarrollo económico-salud, mirada esta última como inversión.

Se refuerza la hegemonía masculina y los roles que tradicionalmente se le han asignado al hombre en el país, referidos a la proveeduría económica y a su participación activa en el escenario de la producción, de acuerdo con la división sexual del trabajo. Se genera una serie de estrategias y tácticas que buscarán a toda costa sostener la posibilidad de tener población económicamente activa disponible para los fines del crecimiento. Los varones se van perfilando para atender las necesidades nacionales de modernización, pero los acontecimientos internos conllevaron también transformaciones demográficas sin precedentes, debido a los altos flujos migratorios del campo a la ciudad en busca de mejores oportunidades y la consecuente urbanización a nivel nacional.

Entre tanto, en el empeño por expandir la racionalidad capitalista a todos los sectores del continente americano, desde Estados Unidos se convocó a la conocida reunión de Punta del Este (Uruguay), cuyos participantes de 21 países de América Latina fueron varones en un ciento por ciento. De este encuentro, se derivaron los compromisos que las naciones latinoamericanas debían asumir para poder acceder al apoyo financiero ofertado por este, indicando que ello era su contribución para apuntalar los procesos de desarrollo económico de cada nación.

En este documento se consolidan las bases para lo que constituyó la relación del binomio desarrollo-salud (Quevedo, 1990), mediante la cual se pretende consolidar la intervención estatal en salud como una inversión, no como un gasto que debe ser asumido por el Estado, desdibujando así el derecho a la salud al integrarlo en una lógica económica mundial en ascenso. En este sentido, la Alianza para el Progreso se presentó como “el ambicioso programa interamericano de cooperación para el desarrollo económico y social de América Latina” (El Espectador, 1961, p. 1).

Como resultado de la reunión de Punta del Este, el país inicia los procesos de planeación nacional, de acuerdo con los lineamientos dados en ella. La salud no es ajena a estas directrices y se organiza el Plan Decenal de Salud para las Américas (Reunión Ministros de Salud en Washington) que, fiel a las estrategias planteadas en la reunión, ubica sus lineamientos a partir de la premisa fundamental de la salud como componente esencial del desarrollo y del nivel de vida (Quevedo, 1990).

Las orientaciones que se consignan en el documento de Punta del Este están basadas en la teoría de los “Estados del Crecimiento Económico”, que indican que el crecimiento acelerado trae

como consecuencia natural el desarrollo social. Se exigen entonces esfuerzos por planificar en los niveles nacionales, con el fin de dar vía libre a estos postulados. Por ello, entre los puntos básicos estipulados en la declaración de la Alianza, se encuentran la aceleración del proceso de industrialización de la región (El Espectador, 1961) y que cada nación latinoamericana formule planes de largo alcance que constituyan el máximo esfuerzo nacional.

Se visualiza entonces un creciente interés internacional por el crecimiento económico de los países de América Latina, incluida Colombia. Este interés apuntala las decisiones tomadas en el ámbito nacional para el desarrollo de acciones e intervenciones estatales en todos los sectores sociales, como la salud por ejemplo y, consecuentemente, define las estrategias que en este sentido se desarrollan en perspectiva de las políticas públicas.

Los signos de atraso de Colombia hacia los años 50, se sustentan en los bajos índices de crecimiento que le impedían competir económicamente en la esfera internacional, así como consolidar políticas públicas que permitieran perfilar la estabilidad nacional en todos los ámbitos. Asuntos estos expresados en la precariedad del sector productivo, así como la falta de tecnificación para la agricultura, principal actividad económica, con poca posibilidad de acceso a la tecnificación y a la modernización.

Adicionalmente, en esta década, la nuestra era una nación casi en su totalidad rural, enraizada en una cultura tradicional heredada de la colonización española, con supremacía del poder masculino en todos los sectores de la sociedad, incluida la esfera política como escenario privilegiado para la toma de decisiones en el país.

Lo anterior ocurrió en el marco de un creciente interés por la planeación del desarrollo en nuestro territorio, con énfasis en el crecimiento económico y motivado por la cada vez más estrecha alianza con Estados Unidos. Indudablemente, esta alianza y las exigencias que demandaba el nuevo orden económico mundial impulsaron un acelerado esfuerzo nacional por ponerse a tono con el desarrollo de la economía, tratando de dar respuesta a los cánones de crecimiento que organismos internacionales, direccionados por el Norte, imponían a sus nuevos aliados de América Latina.

Sobre la planeación nacional

La planeación como estrategia para direccionar los recursos económicos en el país y en América latina en general, surge a mediados del siglo XX por parámetros estipuladas en la Alianza para el Progreso y obedeció a la “reubicación geopolítica del continente en el sistema mundial” (Eschenhagen, 2012). Podría decirse que los procesos de institucionalización de esta en Colombia desde el punto de vista económico y social, así como la formulación de planes cuatrienales de desarrollo, se iniciaron a partir de 1969 (Vivas et al., 1988).

Consecuentemente, los aires de modernización fueron ganando terreno en la medida en que el contexto latinoamericano comenzó a ser ampliamente influido en todos los ámbitos de la vida por la intervención de Estados Unidos (Eslava, 1998), que desde inicios del siglo XX generó toda una red de estrategias de poder que aún hoy persisten y han implicado altos costos sociales, políticos y económicos para los países del Sur (Romero, 2001).

Máxime cuando tales estrategias buscan perpetuar el dominio sobre nuestros territorios, por lo que su hegemonía se sustenta en tecnologías de dependencia ancladas en “ayudas” económicas y apoyo militar, aprovechando el hecho de que, en el llamado Tercer Mundo, los estados no lograban encontrar los medios para alcanzar estabilidad económica y mayores posibilidades de bienestar para sus ciudadanos en todos los sectores sociales, incluido el de la salud, sin desconocer en este las grandes iniciativas que se han ido consolidando en países como Brasil con su Sistema Único de Salud (Negri y Di Giovanni, 2003) y Cuba con su Sistema Nacional de Salud, de carácter estatal y social y con un modelo Familiar de gran impacto entre sus habitantes (Domínguez-Alonso y Zacca, 2011).

Bajo la influencia de estas fuerzas externas, los documentos sobre planes y programas de desarrollo en Colombia refieren a que:

(...) un indicador de interés del gobierno por el desarrollo armónico del país ha sido el énfasis dado a las inversiones en salud, que constituye uno de los más importantes componentes del nivel de vida, y a la vez medio para lograr mayor rendimiento de la fuerza laboral y mejor disposición hacia el trabajo. (Presidencia de Colombia, 2009, p. 6)

Este tipo de discurso ubica la salud en un lugar instrumental y la desdibuja como componente del ciclo vital humano, como elemento esencial para el logro del buen vivir y como derecho humano, supeditando su mantenimiento y cuidado a las lógicas económicas. En este escenario el cuerpo masculino se instala como aquel privilegiado para la labor productiva. El discurso del crecimiento acelerado le imprime un sello específico a las políticas públicas en el país, lo que hace que los esfuerzos en la planeación nacional lo prioricen y generen todo un dispositivo de cuidado que indefectiblemente influyó en los varones como principal fuerza de trabajo.

En estas condiciones, vale la pena entrar entonces a describir algunos acontecimientos de relevancia que sustentan los intereses que se consolidaron en el Estado colombiano —con influencias externas—, para optar por determinados discursos en torno a la forma de organizar las acciones y lineamientos en salud en el territorio nacional.

El exogenismo en la salud pública colombiana

Inmersa en el discurso de desarrollo hegemónico en el país, la salud pública, como la política general, también se estructura respondiendo a las lógicas y exigencias de naciones y organismos externos. Para el periodo 1950-1979, la influencia del modelo de salud pública norteamericano comienza a tener sus efectos en Colombia, como país altamente receptivo a los lineamientos de Estados Unidos en materia política, económica y social, incluida la salud pública. En este sentido, la década de los 50 sirvió para jalonar procesos de toma de decisiones que venían ganando terreno en el decenio inmediatamente anterior, con la cooperación y el apoyo estadounidense.

Sobre este asunto, Quevedo (1990) aclara que en dicho periodo se consolida el proceso de intervención norteamericana en la orientación de la toma de decisiones por medio de la creación del Servicio Cooperativo Interamericano (SCISP), el cual, en rasgos generales, define los lineamientos técnicos para enfrentar los principales problemas del país. Este servicio se instaura, no solamente como consecuencia de esta política, sino, además, por la actitud de los gobiernos liberales de esta época, frente a las relaciones con Estados Unidos (Quevedo, 1990). Este servicio orientó por varios años las políticas en materia de salud pública en Colombia y, por consiguiente, los modelos adoptados para dar intencionalidad y desarrollar la acción estatal en este ámbito. A propósito de estos modelos, el higienismo se consolidó y orientó la acción en salud hasta aproximadamente 1947, y conllevó lo que a partir de 1948 se denominó “la salud pública importada”, hasta 1957. El principal interés del modelo higienista tal como operó en Colombia, se centró en el tratamiento de las enfermedades epidémicas, de saneamiento ambiental, y el control de los puertos dentro de las orientaciones de las Convenciones sanitarias internacionales y de las presiones del mercado internacional (Quevedo, 1990).

Por su parte, en el desarrollo del modelo de la salud pública importada (Quevedo, 1990), el SCISP fue el orientador técnico del Ministerio de Higiene y el impulsor del movimiento de modernización de la formación del recurso humano en salud del país. Este cambio, a su vez, incluye un nuevo discurso en torno al marco conceptual que direccionaría la intervención desde el Estado. Tal discurso se cimienta en una concepción de salud pública entendida desde la perspectiva winslowniana, que la definía como práctica de las medidas de medicina preventiva en todos los casos donde sea posible. Esto incluye la prevención de las enfermedades, prolongación de la vida, promoción de la salud física y mental, y eficiencia en los esfuerzos de la comunidad dirigidos a: educación de los individuos en los principios de la Higiene personal y pública; sanidad del medio ambiente; control de las enfermedades prevenibles; organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo del individuo (Quevedo, 1990).

El higienismo y la prevención se convierten en estrategias de acción en salud, aunque no se logra superar el paradigma unicausal de la enfermedad que venía reinando en el país hasta la década de los 60, cuando se introduce una mirada multicausal de los hechos epidemiológicos. Este cambio, en el ámbito conceptual, derivó en que se renombrara el Ministerio de Higiene como Ministerio de Salud Pública, en 1953, mediante el Decreto 984 (Quevedo, 1990).

El cambio de concepción expuesto, en torno a la intervención desde la salud pública, constituye un elemento central para comprender las nuevas estrategias que configuraron el dispositivo en relación con el cuidado de sí en la salud masculina, teniendo en cuenta las dificultades y la fragmentación política y social que venía ganando terreno en el territorio nacional desde hacía varias décadas, y que en los años 50 se manifestó a través de una serie de acontecimientos que restaron posibilidades de gobernabilidad interna, sobre todo por fenómenos asociados con la violencia bipartidista y el recrudecimiento del conflicto armado interno. Tales acontecimientos convergen en torno a la hegemonía masculina, debido a que los varones eran quienes tenían el privilegio de dominar la esfera de lo público en el país, lo que implicó enormes costos para su salud.

En 1974 se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), como “conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación” (Vivas et al., 1988, p. 72), para dar respuesta a los requerimientos de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, para continuar con los lineamientos derivados de la Alianza para el Progreso, por medio de los planes decenales de salud.

El SNS tiene vigencia hasta la década de los 80 y respalda el diseño de políticas públicas en salud inscritas en las teorías neoliberales que toman auge con la concepción del desarrollo económico y social, desde mediados de la década de los 70 (Quevedo, 1990).

A mediados del decenio de los 80, el Estado colombiano inicia un proceso de reformas político-administrativas y fiscales que afectó la organización del sistema de salud en el territorio nacional, en la que tuvo quizá una de las mayores relevancias la descentralización para el desarrollo de una decisión adoptada por la OPS en 1988 asociada con el logro de las metas de Salud para todos en 2000 y la mejor implantación de la atención primaria desde una perspectiva sistémica. Tal era el modelo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que en Colombia se incorporó con mucha fluidez (Hernández, 2002).

En 1987, con presentación de su “agenda para la reforma del financiamiento de los servicios de salud” (Hernández, 2002, p. 3), el Banco Mundial y otros organismos multilaterales como el Fondo Monetario Internacional asumen el liderazgo en el diseño de las reformas sanitarias en América Latina, descentrando los organismos especializados como la OMS/OPS, la UNESCO

y la UNICEF. Estos presentaron el informe titulado “Invertir en Salud”, en 1993, que suscitó debate por contener un nuevo modelo para el financiamiento de los servicios de salud, al cual se acoge Colombia mediante la sanción de la Ley 100, en diciembre del mismo año, creando con ello “el Sistema de Seguridad Social Integral” (Hernández, 2002).

La reforma a la salud, estipulada mediante la Ley 100, constituye el inicio de un nuevo modelo en este ámbito para el país, que se sustenta en la también reciente Constitución Política de 1991, mediante la cual se posibilita la configuración, por lo menos en el papel, de una nueva ruta de acceso para todos los colombianos: “sin excepción, tendrán derecho a la atención básica en los hospitales y clínicas del país (...) y la comunidad participará en la organización de los servicios de salud” (Herrera, 1991, p. 4B).

Sin embargo, este nuevo rumbo que cobró la regulación y la legalidad en torno a la salud en el país, traería graves consecuencias para la salud pública y para las políticas del sector, en relación con la disminución en las coberturas de vacunación, la reemergencia de enfermedades supuestamente erradicadas tales como la fiebre amarilla, el sarampión, la viruela, entre otras y, en general, lesionó el criterio de equidad en el marco de la satisfacción de las necesidades en salud (Hernández, 2002).

Ello se visibiliza en las barreras de acceso a la atención y en las dificultades para acceder a especialistas, por ejemplo. El acceso a la salud se convierte en un “derecho corriente” al que se accede según la disponibilidad de recursos económicos para obtener el servicio, prima el derecho privado porque se mercantiliza la salud y la intervención en esta área se desarrolla según criterios económicos de costo-beneficio, lo que deja sin posibilidades a grandes capas de la población.

Adicionalmente, desde las teorías del “crecimiento endógeno”, que cobijó las décadas de los 80 y los 90, se centró la importancia en la acumulación del capital humano, para explicar el proceso continuo de progreso tecnológico y, por tanto, de crecimiento económico (Presidencia de Colombia, 2009).

Desde estas teorías se sostiene que el progreso técnico es el fruto de inversiones que efectúan los agentes económicos (motivados por el beneficio), es decir, el progreso técnico (el crecimiento) no tiene nada de natural, es el comportamiento económico de los agentes el que determina su ritmo. El capital humano se convierte en ellas en un factor que fundamenta la intervención del Estado.

El capital humano es definido como el *stock* de conocimientos que es valorizado económicamente e incorporado por los individuos (calificación, estado de salud, higiene...). Al mejorar su nivel de educación y de formación cada persona aumenta el *stock* de capital humano de una nación y

de allí contribuye al mejoramiento de la productividad de la economía nacional (Destinobles, 2007).

La introducción de estas nuevas teorías en la planeación nacional, contribuyen a la instauración de una lógica económica reestructurada: el sistema neoliberal en ascenso. Ya no se trata de abrir espacios para que el mercado circule libremente, se trata de la implantación de un sistema regulador, interventor que cala en la esfera social a través de lo que Foucault denomina “un arte general de gobernar” que se proyecta hacia el ajuste del ejercicio global del poder político a los principios de una economía de mercado (Foucault, 2004). Las políticas públicas, en este contexto, se desarrollan de manera focalizada, es decir, se dirigen a los sectores más pobres y vulnerables de la sociedad, debido a los recortes presupuestales que sufre el gasto social.

En efecto, debido a la limitación de las transferencias sociales, desde el Gobierno se direccionan políticas que buscan “simplemente garantizar un mínimo vital en beneficio de quienes, de modo definitivo y no pasajero, no pueden asegurar su propia existencia” (Foucault, 2004, p. 148). Esto dice de cómo en las concepciones sobre el desarrollo y el crecimiento se continuó abonando terreno para la prevalencia de las desigualdades entre hombres y mujeres sustentadas en la división sexual del trabajo, por la ubicación de estas últimas en el lugar de grupo vulnerable en el marco del sistema neoliberal.

Ante tal situación, se ignoran las relaciones de género que reproducen tales desigualdades y que conllevan “la asignación de identidades y actividades y la separación de ámbitos de acción dentro del tejido institucional” (Banquet, 1999, p. 14), así como también un acceso desigual al poder que jerarquiza y ordena las relaciones entre hombres y mujeres en la sociedad.

Sin temor a equivocarme, podría afirmar que los eventos de carácter sociopolítico y económico que vivió el país en estas décadas aportaron su cuota para la configuración de un discurso del cuidado de sí en la salud masculina exógeno, no derivado de un proceso de reflexión explícito de los varones. A cambio, surgió un dispositivo de poder en torno al cuidado de estos, en los que se involucraron las mujeres y la institucionalidad colombiana (Trabajo, Estado, Escuela, entre otras), cuyos intereses giraron en torno al mantenimiento y mejoramiento del cuerpo masculino, para garantizar la producción nacional, buscando poner esta a tono con las exigencias de organismos externos, cuyos discursos insinuaban control y dominio económico en nuestros territorios.

Pero la trayectoria de los discursos sobre el desarrollo, y por supuesto sobre las políticas públicas en el país, configura el contexto en el cual se inscribieron las posibilidades de acción desde el Estado en lo relacionado con el cuidado de sí en la salud masculina. Pero, para comprender cómo se fueron materializando tales posibilidades, es necesario adentrarse en lo que ha sido Colombia como territorio hecho a la medida de los varones, cuyos tránsitos,

derrotas y triunfos han delineado, en medida no despreciable, la historia nacional desde la segunda mitad del siglo XX.

Colombia: los contornos de un mundo masculino y sus privilegios

Como característica central de la masculinidad hegemónica en Colombia, se encuentra la figura del guerrero, ese ser varonil dominante, valiente y honorable que alberga altos grados de agresividad y de temeridad, que lo conducen a desarrollar prácticas asociadas con la violencia, lesivas para su salud y la de quienes le rodean. Si bien la masculinidad se construye en el contexto sociocultural particular, sí es claro que existen modelos de socialización hegemónicos que permean conductas y formas de ser.

La hegemonía la porta la actitud desafiante y retadora del guerrero, quien, como símbolo de su valentía, rechaza cualquier acción que ponga en duda su honorabilidad y suele defender, aun con su muerte, lo que considera su territorio. Se impone pruebas que aguerridamente realiza para demostrar y poner a salvo su virilidad y su hombría. Aflora su temeridad y su agresividad, aun a costa de las consecuencias que para sí esta actitud puede traer. Paradójicamente, la figura del guerrero muestra la dependencia de los varones, su vulnerabilidad y su flaqueza (Bourdieu, 2000).

La violencia ha sido un elemento central en la historia de nuestro país y su ejercicio ha conllevado innumerables problemas sociopolíticos, entre los cuales puede mencionarse el desplazamiento forzado, la desaparición forzosa, las extorsiones, el homicidio y el secuestro. En el ámbito de lo privado, mención especial merece el abuso sexual, las diversas formas de violencia contra las mujeres y las niñas y su discriminación. En estos escenarios, son mayoritariamente los varones quienes han sido protagonistas, asunto que muestra su capacidad destructiva, como consecuencia de los aprendizajes de género. Pero la violencia ejercida por los varones (Díaz, 2020) no solo afecta a otros seres humanos, también tienden a desarrollar prácticas autodestructivas que ponen en riesgo su salud e incluso su vida.

Según Kaufman (1999), la violencia puede ser consecuencia de la percepción que los hombres tienen “sobre su derecho a ciertos privilegios”, con los costos sociales que ello implica. Pero a su vez estos se asocian o están vinculados a ciertos imperativos derivados de la masculinidad hegemónica que son imposibles de cumplir, convirtiéndose en una paradoja al generar inseguridades personales que conducen, en el mejor de los casos, a la realización de prácticas de autocastigo y agresión por la incapacidad sentida de “no pasar la prueba de hombría” (Kaufman, 1999).

Para la violencia existe un permiso implícita o explícitamente consignado en instituciones como la religión, la norma social, la ley y el Estado que facilitan su ejercicio, lo que justifica

su prevalencia, incluso esta no solo “es permitida; también se glamoriza y se recompensa” (Kaufman, 1999, p. 110), es celebrada a través de prácticas como los deportes, el cine, la literatura y la guerra.

Otros autores, como Castro (2004), advierten también que históricamente los varones han sido quienes más han ejercido la violencia en todas sus formas (guerras, conquistas, crímenes, genocidios, entre otras), afirmación que sustenta el dominio del poder masculino en todas las sociedades occidentales.

En Colombia, el panorama de la violencia ejercida por los varones se puede dimensionar en tres direcciones: el ámbito político, la familia y la dirigida hacia sí mismos a través del suicidio, hechos que dan plena vigencia el concepto del “varón como factor de riesgo” (De Keijzer, 2003), en la medida en que el ejercicio de la violencia en tales direcciones ha cobrado altos costos en materia de salud, no solo para los mismos hombres, sino también para quienes han estado implicados en tales situaciones.

En el país, la violencia endémica ha acarreado costos elevados de tipo social al resquebrajar la seguridad y la tranquilidad para el desarrollo de las actividades diarias (Gallego, 2023). En el escenario político ha derivado en magnicidios, la desaparición de centenares de varones en diferentes zonas del país —sobre todo en las décadas de los 80, los 90 y los inicios del siglo XXI— y los homicidios y los secuestros se convirtieron en un asunto cotidiano (ONU - Comisión para los derechos humanos, 2009). Es de resaltar que entre 2000 y 2010 se reactiva, paralela y paradójicamente, el proceso de paz, por parte del Gobierno nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC).

Guerra y masculinidad hegemónica

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX y el primer decenio del XXI, se ha vivido en Colombia un periodo de violencia estructural asociada con la inequidad, la intolerancia y la impunidad (Franco, 1999), en el que han participado mayoritariamente los hombres, lo que puede estar asociado con modelos de socialización en los que prima la agresividad para conducir los aprendizajes masculinos, propios del pensamiento conservadurista imperante en el país (Ruiz-Barrera, 2025).

El conservadurismo político definió una ruta mediante la cual se defendió agudamente la tradición y los valores religiosos, hechos que apuntalaron y reforzaron los cánones de género que ubican en el ámbito privado y doméstico a las mujeres y en el ámbito público a los varones. Como prueba de ello, los gobiernos conservadores realizaron esfuerzos por revertir el modelo educativo liberal que alejaba a la mujer “de su hábitat natural, el hogar”, se prohibieron los planteles de educación mixta y se crearon planteles educativos femeninos que garantizaran

la educación de las mujeres de acuerdo con su estatus social (Arias, 2011) y establecimientos educativos masculinos. Estos actos ubican con claridad la posición de los hombres en el territorio nacional, su poder y su dominio.

La muerte y la venganza son tal vez los mejores calificativos para lo que aconteció en 1948 con el denominado “Bogotazo”, que marcó el punto de partida de los desenfrenos debidos a los odios entre los partidos políticos tradicionales en Colombia. “El estallido violento de la ira popular en varias regiones del país, seguido de la represión ejercida por el partido conservador” (Arias, 2011, p. 89) en el poder nuevamente desde 1946, llevaron a una crisis generalizada.

El Estado de Derecho sufrió innumerables ataques y recortes, las instituciones se politizaron totalmente, se paralizó el proceso de modernización, y el número de homicidios alcanzó cifras escalofrantes (Arias, 2011).

Asimismo, la guerra bipartidista es quizá el ejemplo más certero de lo que Kaufman (1999) denomina la percepción de derecho a los privilegios, que poseen los hombres. Es decir, no son solo las desigualdades de poder las que conducen a la violencia, sino también una percepción consciente o a menudo inconsciente del derecho a los privilegios. Pero lo ocurrido en los años 50 se convirtió en un caldo de cultivo para los acontecimientos que tuvieron lugar en décadas posteriores, tales como la configuración del Frente Nacional con el que se acordó la alternancia en el poder entre los dos partidos políticos —Liberal y Conservador— y un golpe de Estado que puso en jaque al Gobierno nacional, desafiando el orden hegemónico representado en los patriarcas.

Sin duda, los años 60 fueron una década de convulsión y de tensión en América Latina y en sus relaciones con Estados Unidos. Este clima fue dado por la Revolución Cubana (1959) y por el acontecimiento mundial denominado la “Guerra Fría”, que puso en el centro de las disputas dos ideologías totalmente opuestas: el capitalismo y el comunismo, este último con eco bastante amplio en nuestros territorios.

La agitación política no se hizo esperar y finalizando los años 70 el país se sumió en una crisis que aún hoy no ha logrado superar, la cual afecta las instituciones estatales y la sociedad en su conjunto. Dicha crisis se asocia con dos elementos fundamentalmente, de un lado la agudización de la violencia por el fortalecimiento de las guerrillas y, de otro, el auge y consolidación del narcotráfico y el paramilitarismo. Estos acontecimientos llevaron al Gobierno a reforzar el aparato militar de las Fuerzas Armadas (Arias, 2011).

Según Franco (1999), para 1994 la guerrilla de las FARC contaba con 7.000 varones en armas distribuidos en 60 frentes. El Ejército de Liberación Popular, que resurgió a finales de los años 70, en 1994 contaba con la militancia de aproximadamente 3.000 varones distribuidos en 20 frentes en el país.

A pesar de la diversidad de pensamientos y fines que orientan estos grupos al margen de la ley, guerrillas, paramilitares y narcotraficantes, tienen un elemento en común: “la decisión de ejercer la justicia por sus propias manos, bajo el presupuesto de la solución de los conflictos por la eliminación del contrario” (Franco, 1999, p. 7).

Una mirada en perspectiva de género, y sin desconocer que las luchas armadas en Colombia conllevan un principio político que busca desarticular las élites del poder en el país y la concentración de los recursos en estas, podría decirse que también se evidencia, en este panorama de violencia, una serie de manifestaciones de la masculinidad hegemónica en nuestro contexto, asociada con algunas formas de “valentía” que, según Bourdieu (2000), disfrazan la cobardía.

El Estado colombiano es una institución masculina. La indiscutible mayoría en los altos cargos políticos son ejercidos, aún hoy, por hombres, porque existe, según Connell (1995), una “configuración de género en la contratación y promoción, en la división interna del trabajo y en los sistemas de control, en la formulación de políticas, en las rutinas prácticas, y en las maneras de movilizar el placer y el consentimiento” (p. 18).

En 1958, por ejemplo, las mujeres ocupaban solo el 1% de los cargos del Senado y en 1991 el 7%, y en 1988 el 14% de los cargos de nivel directivo del poder Ejecutivo nacional (ministerio, viceministerio, secretariado general, directora y subdirectora), lo que indica la supremacía masculina en los cargos públicos del país (Flórez, 2000).

En 1998, el gabinete ministerial estaba constituido por varones en su mayoría. Silva (1998) afirma que “para beneficio del país los políticos parecen haberse quedado con el Legislativo — el poder público con mayor primacía masculina y con mayores cuestionamientos— y una buena representación de técnicos ha llegado al Ejecutivo. Sin embargo, la escasísima representación femenina asusta” (p. 3A).

Los acontecimientos protagonizados por los varones durante las décadas en estudio, como se ha venido insinuando, tuvieron implicaciones en relación con su salud. Las cifras por homicidios en el país han sido preocupantes durante los seis decenios, máxime cuando ha sido una de las primeras causas de muerte en la población masculina.

Entre 1990 y 1995 por ejemplo y según la OPS-OMS (1998), los cinco países de la región con tasas más altas de homicidio por 100 mil habitantes fueron en orden decreciente: Colombia, 74,5; Brasil, 17,4; México, 16,8; Venezuela, 14,7 y Estados Unidos, 9. Es decir, Colombia ocupa un distante primer lugar en la tasa regional de homicidios y cuadruplica a Brasil que ocupa el segundo lugar (Franco, 1999).

Estas situaciones están asociadas a aprendizajes de género que deben ser cuestionados, sobre todo cuando hay evidencias como la sobremortalidad, que confirman la tendencia de estos hacia actitudes proclives al descuido de su salud.

La violencia, de acuerdo con De Keijzer (2003), es uno de los elementos centrales en la relación de las masculinidades con la salud, por lo que debe ser objeto de preocupación para el diseño e implementación de la política pública.

Muchos de los varones colombianos parecen ser la “contracara” del cuidado de sí. Es decir, el descuido es la expresión de un sujeto masculino mediado por modelos referentes que le impiden la aceptación de actitudes y prácticas proactivas con el cuidado de su salud. El cuidado de sí, como actitud de esmero por la actividad diaria, se considera femenino.

Esta división sexual está inscrita en el orden social, lo que la naturaliza por ser ese el “orden de las cosas”, lo que no se cuestiona y define así las actividades, hábitos, costumbres y formas de desarrollar las prácticas sociales. “Cuidado de sí/Descuido de sí” se pueden homologar como lo femenino y lo masculino respectivamente, se incorporan en los cuerpos de mujeres y hombres demarcando sus habitus, sus esquemas de pensamiento, su percepción del mundo y sus maneras de obrar en consecuencia, legitimando la división social, arbitrariamente construida, entre los sexos (Bourdieu, 2000).

Las masculinidades en Colombia: entre permanencias y transiciones

El nuestro es un país cuya identidad se ha fundado en una cultura patriarcal, heteronormativa (Rutter-Jensen, 2009) y de carácter confesional por la estrecha relación que se ha generado entre la Iglesia católica y el Estado. No puede desconocerse que, en el ámbito de la salud, el modelo referente de la masculinidad en Colombia señala aún hoy lo que está permitido y prohibido según el condicionante del género; sigue delimitando márgenes, comportamientos tendientes al descuido, ámbitos de movilidad que atentan contra la integridad física de los varones, prácticas que implican altos riesgos para la propia salud y la de otros hombres, mujeres, niñas y niños, lo que lleva a pensar que aún no están desenraizadas de las mentalidades nacionales actitudes en declive del cuidado de la salud y que este hecho se asocia al modelo hegemónico de masculinidad heterosexual.

Las estadísticas nacionales han mostrado la pervivencia de la sobremortalidad masculina por causas externas, lo que contribuye a sustentar que todavía el cuidado de la salud no es un asunto que parta de un acto reflexivo de estos sujetos mediante sus relaciones con la institucionalidad, no está lo suficientemente incorporado como parte de la vida diaria de los varones. Si bien se ha hablado desde los años 90 de “la crisis de la masculinidad” (Herrera, 2016) también es sabido que no se han logrado construir con suficiente solidez otras alternativas para llegar a ser hombres que sirvan de referente cotidiano.

Aún se imponen mandatos que señalan lo que se espera de hombres y mujeres. De Keijzer (2003) puntualiza que los “obstáculos en el autocuidado (...) también tienen que ver con una socialización masculina tendiente a la competencia, a la temeridad y a la percepción de que una actitud cuidadosa y preventiva no es masculina” (p. 137). Varón y cuidado de sí parecen ser dos conceptos antagónicos, dos polos opuestos y divergentes imposibles de juntar, asunto que bien puede extenderse a la imposibilidad que parecen tener los hombres para prodigar cuidado a otros y otras.

En el ámbito de la salud, el poder y el privilegio se han revertido en contra de los hombres, se invisibilizan las responsabilidades consigo mismos y con otros seres humanos y se visibilizan sus vulnerabilidades, lo que invita a cuestionar las razones que llevan a muchos de ellos a menospreciar su salud, pero también a pensar en cómo se puede transformar su tendencia a adoptar conductas de riesgo. Podría afirmarse que las pautas de cuidado de sí son exógenas a los varones y son introyectadas en las mujeres desde el mismo momento de su nacimiento, como consecuencia de sus aprendizajes de género.

En los hombres han emergido y se han consolidado desde ámbitos externos a ellos, no parten, en la mayoría de los casos, de un proceso autorreflexivo construido a partir del reconocimiento de su importancia por parte de las mismas instituciones que regulan la vida, el Estado y otras estructuras sociales, que son finalmente las encargadas de potenciarlos. En tal dirección, el cuidado de sí debiera ser una práctica autorreflexiva que nos ayude a forjar nuestra subjetividad, a forjar un sentido ético-estético de la existencia (Sossa, 2010), el cual debiera referirse al cuidado de la actividad.

La aparición del cuidado de sí como tecnología de saber-poder que domestica y vuelve productivos los cuerpos (Sossa, 2010), produce en torno a él saberes y verdades desde el poder que lo exige, que lo necesita para funcionar, busca proteger para preservar intereses y hegemonías; sus iniciativas aparecen desde una institucionalidad que define un orden a seguir en relación con el cuidado, bajo el cual opera una tecnología de poder, un poder inmanente en mecanismos, normas, códigos, estadísticas, estados financieros, que somete, una verdad que modela, que controla (Sossa, 2010).

En el centro de este dispositivo se presentan dos elementos contradictorios: en primer lugar, hay un ritual discursivo que somete, que busca la domesticación de los cuerpos, tiene capacidad amplia de circulación en los escenarios cotidianos de hombres y mujeres, en el trabajo, los regímenes del cuerpo (dietas, consumos, deporte) y la sexualidad.

En segunda instancia, este es un discurso que pone en evidencia la presencia de una tecnología del género ligada a la “sujec[t]ación del sujeto” (Moreno, 2011), a una serie de procedimientos que tienen como finalidad incidir en la formación de cierto tipo de hombres a los que, si bien

se les otorga privilegios, también se les vulnera la salud al exigirles pruebas que los ponen en riesgo para afirmar permanentemente su masculinidad heterosexual.

Lo anterior, exige serios cuestionamientos a las formas como se han concebido las políticas públicas y su real alcance para forjar un cuidado de sí basado en una postura crítica, reflexiva y creativa de los sujetos masculinos. En esta perspectiva, el acto reflexivo tiene un sentido ético, es una actitud crítica, es un “ethos filosófico” que conlleva la desarticulación de lo necesario para mostrar lo contingente. Es una tarea que los seres humanos debemos asumir desde nosotros mismos.

En vista del control y la regularización a la que somos sometidos, es el ámbito de la experiencia lo que posibilita la resistencia. Foucault (1996) caracteriza “el ethos filosófico propio de la ontología crítica de nosotros mismos como una prueba histórico-práctica de los límites que podemos franquear y, por tanto, como un trabajo nuestro sobre nosotros mismos en tanto seres libres” (p. 18).

El contexto nacional, no solo en el ámbito político sino también social, cultural y económico ha jugado un papel relevante en la configuración de este dispositivo o red estratégica de poder dominante, así como el modelo de masculinidad hegemónico heterosexual que ha prevalecido en Colombia, como orden regulador del discurso en relación con el cuidado de la propia salud, y a su vez como discurso regulado por ellos, porque el poder no está por fuera de los sujetos. En este sentido, “la traducción cultural del sexo en género está sistemáticamente unida a la organización de la desigualdad social” (De Lauretis, 2024, p. 29). Por ello, las tecnologías de género están ligadas con prácticas socioculturales, discursos e instituciones “capaces de crear ‘efectos de significado’ en la producción de sujetos hombres y sujetos mujeres (...) el género y las diferencias sexuales son efecto de representaciones y prácticas discursivas” (Moreno, 2011, p. 270).

Durante la segunda mitad del siglo XX, con mayor fuerza en las dos primeras décadas, los escenarios de la productividad, la guerra y la política fueron espacios casi de “homosocialidad masculina”, en tanto las mujeres en él no tuvieron cabida de manera contundente (Viveros, 2002). Sin duda, en estos tres aspectos se devela como núcleo central el poder, componente clave, transversal y rasgo común de las formas dominantes de la masculinidad contemporánea:

(...) en un mundo dominado por los hombres, el de estos es, por definición, un mundo de poder. Ese poder es una parte estructurada de nuestras economías y sistemas de organización política y social; hace parte del núcleo de la religión, la familia, las expresiones lúdicas y la vida intelectual. (Kaufman, 1994, p. 1)

Sin embargo, al ampliar el ángulo de la mirada de ese poder, este actúa como discurso que regula la vida de los varones, como experiencia contradictoria (Kaufman, 1994) puesto que otorga privilegios, pero a su vez implica costos para su salud, por lo que debe ser replanteado. El poder, sin duda, es una estrategia de dominación, que se despliega desde, hacia y entre una diversidad de ángulos que configuran una hegemonía discursiva, cuyos pliegues permiten el control no solo económico, sino también social, cultural y político, como condicionantes para el desarrollo de actitudes específicas en torno al cuidado o el descuido de la salud. El cuidado de sí instituido, es una tecnología de saber-poder, un dispositivo discursivo de control y conducción de los cuerpos y la vida de los sujetos masculinos basada en las diferencias (Mora, 2001) genéricas, con la finalidad de mantener la hegemonía económica. Para ello, crea toda una red de posiciones heterogéneas a través de las cuales garantiza el mantenimiento de su poder social.

Dado lo anterior, se parte del supuesto de que la red institucional —representada en los organismos internacionales, en el Estado, en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la mayoría de los múltiples escenarios en los cuales se desarrolla la vida social y la cotidianidad de hombres y mujeres— procura hasta hoy en el país el sostenimiento de la división sexual del trabajo como criterio para el desarrollo de sus acciones.

Conclusiones

Las estrategias y tácticas del cuidado de sí en la salud han sido delimitadas por discursos en los que se apunala la idea de progreso como un elemento necesario para mejorar la competitividad del país en el exterior. Tal idea ha conllevado grandes exigencias al Estado colombiano, sustentadas en la instauración de la modernización de la economía para la consabida implantación del modelo capitalista en nuestro territorio, por lo que se privilegió el crecimiento como punto de partida para la toma de decisiones en el ámbito político.

Se transitó de una economía agraria hacia una economía industrializada, fabril y, posteriormente, hacia una economía globalizada y altamente dependiente de las telecomunicaciones. Para ello, Colombia aún no estaba preparada, lo que derivó en serios problemas de salubridad y de precariedad en las condiciones de vida de la población, debido a la migración masiva de esta del campo a la ciudad y a su gran concentración en los centros urbanos, entre otros asuntos, como consecuencia de una modernización sustentada en el desarrollo productivo y la interdependencia económica.

Lo anterior, condiciona la salud a las lógicas económicas, al introducir en este ámbito un discurso racionalizador del costo-beneficio al ver esta como una inversión y no como un gasto. El binomio economía-salud cobra fuerza en estas décadas, hecho que supedita las decisiones

en salud a los requerimientos de la economía, pues se considera que una buena salud procura mejores condiciones para la población económicamente activa y, por tanto, posibilita el aumento de la productividad nacional.

Opera así una racionalidad que ha conllevado la gestación del cuidado de sí en la salud masculina como tecnología de poder, que, desde la segunda mitad del siglo XX, se articula principalmente a la productividad y el crecimiento económico, reafirmando la división sexual del trabajo, que instala a los varones en el ámbito de la producción y a la mujer en el ámbito doméstico; desde esta lógica se teje la red de poder en relación con el objeto de estudio propuesto.

De lo anterior, se desprende el hecho de que las actitudes de los varones frente a su salud y su tendencia a una temeridad sustentada en el desarrollo de prácticas como los consumos (alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas), asociados con el “descuido del cuerpo”, así como una sexualidad apuntalada en la heterosexualidad hegemónica, como marcador social de la identidad sexual con las consecuentes discriminaciones y violencias que han protagonizado quienes optan por otro tipo de interacciones erótico-afectivas, son atendidas desde las políticas públicas —como parte del dispositivo del cuidado de sí— mediante estrategias de vigilancia y control disfrazadas de prevención. Esto es, se utilizan estrategias que pretenden regular y mantener las vidas de los sujetos masculinos como cuerpos para el trabajo, en procura de unos mínimos vitales que aseguren su capacidad productiva y que garanticen condiciones adecuadas para la población económicamente activa.

Se instaura un poder-saber que controla y regula los cuerpos masculinos, que los obliga a encauzarse alrededor de los intereses del capital y de la productividad. Se desdibuja el privilegio y se visibiliza la vulnerabilidad de los hombres en el cumplimiento de un rol asignado socioculturalmente de Trabajador-Proveedor. La producción y el trabajo asalariado se constituyeron como uno de los escenarios en los cuales se instaló la tecnología del cuidado de sí, en la medida en que la fuerza de trabajo que representaban los varones debía controlarse, amoldarse a las necesidades del sistema económico.

Desde el punto de vista político, Colombia se caracteriza por adoptar el conservadurismo como doctrina mediante la cual busca salvaguardar las tradiciones y la moral desde tres premisas fundamentales: de un lado, defiende el catolicismo como religión oficial y, por tanto, como discurso que posibilita el mantenimiento de las “sanas costumbres” mediante la defensa del matrimonio católico como “modelo de moral y decencia cristiana” que legitima la pareja heterosexual y la reproducción de la especie.

En este ámbito, el encuentro erótico-afectivo se mira con fines procreativos y como escenario en el cual las mujeres asumen la procreación como “deber” y como forma de satisfacción de los “instintos masculinos”. Se desdibujan estas como sujetas de deseo mediante procesos

educativos en los que se les insta a desarrollar su rol de cuidadoras y amas de casa. Se les delega así la responsabilidad de cuidado hacia los varones y estos se convierten en Seres cuidados por otras, en la medida en que de ellas depende que ellos conserven una buena salud.

Si bien a partir de los años 60 se presenta una incursión masiva de las mujeres al escenario productivo, estas se ubican en el área de servicios, considerado como sector secundario de la economía. De esta forma se hace extensivo al escenario de lo público, su rol de cuidadoras. Es decir, si bien las mujeres hacen presencia en el escenario de la producción, no se presenta un cambio estructural en la división sexual del trabajo, pero sí se consolida en el ámbito de lo privado el cuidado de sí, como materialización de las condiciones que garantizarán el cultivo de la fuerza, la vitalidad y el vigor en los cuerpos masculinos, manteniéndolos aptos para la producción.

El conservadurismo también es garante del sostenimiento de la familia nuclear como hegemónica y como aquella que contribuye, en la sociedad, al sostenimiento de la heteronormatividad del país. Es decir, garantiza el sostenimiento de un sistema económico, social y político centrado en la heterosexualidad y en el patriarcado como formas de organizar la vida de hombres y mujeres. En este sentido, el centralismo como forma de gobierno es la segunda premisa de esta doctrina política conservadora, porque se insta para velar por el *statu quo*. En tercer lugar, el corporativismo, es decir, la institucionalidad es adoptada en el país como posibilidad de organización de la sociedad, de tal manera que se garantice el orden y la perpetuación de aquellas corporaciones que velan por la tradición y las “sanas costumbres, la decencia y la moral cristiana”.

Si bien hay un interés general por sostener la masculinidad hegemónica, con la complicidad de las instituciones y de la sociedad colombiana en general, no puede desconocerse que el feminismo se ha configurado como un discurso disidente desde la década de los 60 en el país. Sin embargo, en los años 90 comienzan a visibilizarse otros discursos que se resisten, que cuestionan la heteronormatividad en la cual está cimentado el orden vigente, y si bien no aparecen explícitamente en la prensa ni en los materiales revisados durante las décadas de estudio, baste aclarar que después del año 2000 han ido en aumento hasta consolidar movilizaciones en defensa de la diversidad sexual. Tal es el caso de la comunidad LBGTIQ+, que ha desarrollado campañas, marchas, acciones colectivas y ha hecho denuncias que cuestionan y ponen en jaque la legislación y la institucionalidad de la nación.

Privilegios y vulnerabilidad son dos elementos contradictorios pero presentes en la masculinidad que se ha construido hegemónicamente en el país. El que muchos de los varones colombianos se conciben como sujetos de privilegios, asimismo hace que se desdibujen como sujetos de derechos y, por tanto, como seres vulnerables, lo que ha conllevado elevados costos sociales, no solo para ellos sino también para las mujeres, los niños, las niñas y otros hombres no

heterosexuales. Seguir insistiendo en la conservación de roles y estereotipos que refuerzan conductas y acciones orientadas a la valentía y el arrojo, vía la violencia y la agresividad como demostración de hombría y virilidad, significa perpetuar posiciones binarias de género que conllevan consecuencias de mortalidad prematuras por causas que pueden ser evitables.

Para hablar de equidad se requiere revisar las formas en las cuales hemos aprendido a ser hombres y mujeres, para cuestionarlas y romper con este tipo de prácticas, porque son imposibilitadoras de construcciones alternas en las cuales tanto mujeres como varones asumamos las responsabilidades, pero también las recompensas a las cuales como ciudadanas y ciudadanos tenemos el derecho y el deber de acceder.

Por último, y sin el ánimo de concluir, este estudio aporta una línea de reflexión en relación con el cuidado de sí como categoría de análisis en salud, desde su dimensión ético-política. El cuidado de sí en la salud masculina, como también en la femenina, debe estar mediado por un proceso reflexivo en el que participan las instituciones y los sujetos como ciudadanas y ciudadanos. Estas reflexiones están mediadas por las vivencias de género, que solo es posible construir mediante la interacción y las relaciones sociales. En esta medida, los procesos reflexivos deben descentrarse de su componente individual y deben potenciarse en el escenario sociocultural, político y económico, porque los aprendizajes de cómo ser mujeres u hombres están condicionados por estas esferas de la vida cotidiana.

El cuidado de sí es una actitud, una manera de ser, de enfrentarse a la vida, de asumir las experiencias vitales, se deriva de un acto reflexivo que solo se hace posible mediante los aprendizajes sociales. En este sentido, cobra vigencia su dimensión ético-política (Foucault, 1996).

De acuerdo con lo planteado, el cuidado de sí cobra importancia en su dimensión ético-política, como aquella que se construye y es posible en el escenario colectivo, en la esfera de lo público, de lo político. Este deviene de un proceso reflexivo que no se da “en solitario”, que refiere a la configuración de una actitud mirada como estructura que orienta la acción, las conductas y los comportamientos y, por tanto, solo se hace posible mediante las interacciones que se establecen con los otros y las otras, con el propio cuerpo y con el entorno.

Las actitudes se adquieren mediante incorporación, por aprendizaje, ellas no se desligan del medio social en el que se aprenden, se mantienen y se transforman. Se adquieren entonces en las relaciones sociales, mediante un proceso de comunicación en el que participan las instituciones familiares, escolares, laborales, así como el Estado y otras estructuras y grupos con los cuales interactuamos a lo largo de la vida. La actitud es una predisposición a obrar, percibir, pensar y sentir en relación con los objetos y personas. Se refiere a la dirección que toman las respuestas dadas a una situación o experiencia de la vida.

Lo anterior, introduce la importancia de la institucionalidad en el proceso de configuración de las representaciones que se adopten frente al cuidado de sí. En este sentido, en Colombia ha primado un discurso externo a los procesos socioculturales que se viven en el territorio nacional. Se hace énfasis desde las instituciones de salud, y desde la norma y los lineamientos internacionales, en un discurso instalado en las prácticas de autocuidado, que se centran en la modificación estandarizada de las conductas y los comportamientos tanto individuales como colectivos, por lo que se hace evidente el desconocimiento de las subjetividades masculinas y femeninas, asunto que conlleva la omisión de las realidades del país y de los condicionantes de género en los procesos del propio cuidado de la salud.

El discurso del cuidado unilateralmente planteado, se conoce como autocuidado y educación para el autocuidado, que omite la potenciación de procesos de reflexión y criticidad para la generación del cuidado de sí, como actitud que direcciona conductas y comportamientos en beneficio de la salud de varones y mujeres, de acuerdo con sus aprendizajes de género socioculturalmente contruidos. Mirado así, el cuidado de sí es emancipador, en la medida que posibilita la generación de procesos de resistencia frente a las formas de abordar políticas públicas en el contexto nacional, bajo las características ya expresadas. Es una forma de construir autonomía y libre accesibilidad al cuidado de sí como derecho de las y los ciudadanos colombianos.

El cuidado de sí se configura como “un arte de vivir”, en el que es necesaria la participación de la cultura, la sociedad y sus instituciones incluido el Estado, en tanto las actitudes y prácticas de salud se aprenden en la interacción de los sujetos con estas instancias. Sin embargo, se requiere un margen de libertad para recrearlas y reinventarlas, es decir, se deben asumir de manera dinámica para que puedan ser transformadas. “La libertad implicada aquí es igual a la forma que se da a la propia vida y a su factible transformación, (...) lo que representa “libertad no solo como derecho, sino también como poder” (Cubides 2006, p. 11), dándole una potencia ético-política al cuidado de sí.

En el caso colombiano, pensar en una propuesta de cuidado de sí en los varones, tendría que involucrar las dimensiones cultural, social y política, considerando que perviven modelos de masculinidad desde los que se refuerzan prácticas y actitudes que van en detrimento del bienestar de hombres y mujeres y que, en gran medida, siguen siendo sostenidos por una institucionalidad que no reconoce los riesgos y las pérdidas para la salud que estos traen consigo, por lo que tal propuesta pareciera ser inverosímil.

Referencias

- Arias, R. (2011). *Historia de Colombia contemporánea (1920-2010)*. Uniandes.
- Banquet, M. (1999). Condicionantes de género sobre la pobreza de las mujeres. En J. Alatorre, G. Careaga, C. Jusldman, C. Talamante, V. Sallas y J. Townsend (Coords.), *Las mujeres en la pobreza* (pp. 73-89). El Colegio de México - Grupo interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza.
- Benhabib, S. y Cornell, D. (1990). *Teoría feminista y teoría crítica*. Alfons el Magnánim, Generalitat Valenciana.
- Botero, N. (2002). *Discurso y ciencia*. Editorial Universitaria de Colombia.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama S.A.
- Castro, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. UNAM, Centro Regional de Investigaciones Interdisciplinarias.
- Connell, R. (1995). The social organization of masculinity. En T. Valdés (Ed.), *Masculinities* (pp. 67-83). Polity Press.
- Connell, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. En T. Valdés y J. Olivarría (Eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp. 31-48). Isis Internacional, FLACSO.
- Cubides, H. (2006). *Foucault y el sujeto político. Ética y el cuidado de sí*. Siglo del Hombre Editores.
- Currie, L. B. (1951). *Bases de un programa de fomento para Colombia*. Ediciones Banco de la República.
- De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos y S. Vallenas (Coords.), *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp. 137-152). International Forum for Social Sciences in Health y Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- De Lauretis, T. (2024). *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*. Horas y Horas, Editorial.
- Destinobles, A. G. (2007). *Introducción a los modelos de crecimiento económico exógeno y endógeno*. CEDIMES.
- Díaz, M. E. (2020). *Violencia intrafamiliar y masculinidades. Discusiones en torno al estereotipo de la violencia de género*. Universidad EAFIT, Facultad de Derecho.
- Domínguez-Alonso, E. y Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Revista Salud Pública de México*, 53(supl. 2), S168-S176.

- El Espectador. (18 de agosto de 1961). Comienza en América 'Alianza para el Progreso'. *El Espectador*, pp. 1-16.
- Eschenhagen, M. L. (2012). Vivir bien frente al desarrollo, procesos de planeación participativa en Medellín. *Ra Ximhai*, 8(2), 367-372.
- Eslava, J. C. (1998). El influjo norteamericano en el desarrollo de la salud pública en Colombia. *Revista Biomédica*, 18(2), 101-109.
- Faur, E. (2004). *Masculinidades y desarrollo social*. Arango Editores.
- Flórez, C. E. (2000). *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Tercer Mundo Editores-Banco de la República.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1996). *La hermenéutica del sujeto*. Altamira.
- Foucault, M. (2004). *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Foucault, M. (2007). *La arqueología del saber*. Siglo Veintiuno Editores.
- Franco, S. (1998). Proceso vital humano, proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva. *Seminario marco conceptual para la formación de profesionales de la salud* (pp. 1-8). Universidad Nacional de Colombia.
- Franco, S. (1999). *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Tercer Mundo Editores en coedición con IEPRI.
- Galeano, E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa, el giro en la mirada*. La Carreta Editores.
- Gallego, G. (2023). *Robar el alma. Masculinidades y violencia sexual contra hombres en el marco del conflicto armado colombiano*. Universidad de Caldas.
- Geertz, C. (1991). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Hernández, M. (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano, cien años de historia, 1902-2002*. OMS, Oficina Regional de la OPS.
- Herrera, C. (19 de octubre de 2016). La crisis de masculinidad y "los nuevos hombres". *La Línea de Fuego*, 1-9.
- Herrera, R. (3 de julio de 1991). La salud en la Constitución. Caridad y beneficencia son figuras rebasadas. *El Espectador*, p. 4B.
- Íñiguez, L. (2006). *Análisis del discurso: manual para las ciencias sociales*. UOC.

- Kaufman, M. (1994). Men, Feminism, and Men's Contradictory Experiences of Power. En H. Brod y M. Kaufman (Eds.), *Theorizing Masculinities* (pp. 59-83). Sage Publications.
- Kaufman, M. (1999). *Las siete P'S de la violencia de los hombres*. International Association for Studies of Men.
- López, H. (2011). Lauchlin Currie y el desarrollo colombiano. *Criterio Libre*, 9(14), 21-42.
- Mérola, G. (1985). Feminismo: un movimiento social. *Nueva Sociedad*, 78, 112-117.
- Mora, L. (2001). *Masculinidades en América Latina y el Caribe: el aporte del Fondo de Población de Naciones Unidas*. FNUAP.
- Moreno, H. (2011). *Orden discursivo y tecnologías de género en el boxeo*. Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES.
- Muñoz, N. E. (2006). *Representaciones sociales del cuidado de sí en salud, en adultos jóvenes universitarios*. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.
- Negri, B. y Di Giovanni, G. (2003). *Brasil, radiografía de la salud*. Núcleo de Estudios de Políticas Públicas —NEPP—. UNICAMP.
- Núñez, G. (2004). Los “hombres” y el conocimiento. Reflexiones epistemológicas para el estudio de “los hombres” como sujetos genéricos. *Desacatos, saberes y razones*, 16, 13-32.
- ONU - Comisión para los derechos humanos. (16 de mayo de 2009). Informe de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los derechos humanos sobre la oficina en Colombia 1998. <http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/informes/onu/acdh/E-CN-4-1998-16.html>
- OPS-OMS. (1998). *Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 1997*. OPS-OMS.
- Peláez, M. y Rodas, L. S. (2002). *Política de género en el Estado colombiano: un camino de conquistas sociales*. Centro Interdisciplinario de Estudios de Género —CIEG—, Universidad de Antioquia.
- Presidencia de Colombia. (22 de febrero de 2009a). Lleras Restrepo C. *Planes y programas de desarrollo 1969-1972, políticas sectoriales*. Obtenido de Lleras Restrepo C. Planes y programas de desarrollo 1969-1972, políticas sectoriales: (139). <https://www.dnp.gov.co/PND/PlanesdeDesarrolloanteriores.aspx>
- Presidencia de Colombia. (22 de febrero de 2009b). Pastrana Árago A. (1998). *Plan de desarrollo Nacional 1998-2002: cambio para construir la paz*. Obtenido de Pastrana Árago A. (1998). Plan de desarrollo Nacional 1998-2002: cambio para construir la paz. <https://www.dnp.gov.co/PND/PlanesdeDesarrolloanteriores.aspx>

- Quevedo, E. (1990). Análisis sociohistórico. En F. Yepes (Coord.), *La salud en Colombia. Estudio Sectorial de salud. Documento general. Tomo I* (pp. 111-274). Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Planeación.
- Ramírez, B. (2017). La identidad como construcción de sentido. *Andamios*, 33, 195-216.
- Restrepo, J. C. (2004). El desarrollo en Colombia: historia de una hegemonía discursiva. *Revista Lasallista de Investigación*, 1, 27-36.
- Revel, J. (2008). *Diccionario Foucault*. Ediciones Nueva Visión.
- Reyes, G. E. y Loaiza, I. (2014). Colombia 2000-2013: relaciones entre crecimiento económico y comercio internacional. *Tendencias*, 15(1), 131-144.
- Rojas, H. H. (2007). Made in the world is better: las misiones económicas en Colombia y nuestro descreimiento ancestral. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, XV(1), 77-90.
- Romero, J. L. (2001). *Situación e ideologías en América Latina*. Universidad de Antioquia.
- Roth, A.-N., Molina, G., Muñoz, I. F. y Araque, J. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez.
- Ruiz-Barrera, J. M. (2025). La configuración de las masculinidades bélicas en el conflicto armado colombiano. *ÍCONOS Revista de Ciencias Sociales*, (82), 185-203.
- Rutter-Jensen, C. (2009). *La heteronormatividad y sus discordias. Narrativas alternativas del afecto en Colombia*. Uniandes.
- Silva, A. (Agosto de 1998). De lujo, de confianza y de hombres. *El Espectador*, p. 3A.
- Sossa, A. (2010). Michel Foucault y el cuidado de sí. *CONHISREMI, Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico*, 6(2), 34-45.
- Tobón, O. (2010). El autocuidado, una habilidad para vivir. *Hacia la Promoción de la Salud*, 1-12.
- Torres, J. (2019). Evolución del concepto salud-enfermedad. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 27(106), 15-38.
- Vivas, J., Tarazona, E., Caballero, C. y Marrero, N. (1988). *El Sistema Nacional de Salud. Administración, presupuestación, gasto y financiamiento*. Tercer Mundo Editores.
- Viveros, M. (2002). *De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.