

EL SER HOMBRE DESDE EL CUIDADO DE SÍ: ALGUNAS REFLEXIONES*

Como citar este artículo:

Figuroa-Perea, J.G. (2015). El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 121-138.

JUAN GUILLERMO FIGUEROA-PEREA **


Recibido: 01 de abril de 2015
Aprobado: 17 de julio de 2015

RESUMEN: Objetivo. Analizar si se puede ejercer violencia contra sí mismo. Metodología. El artículo realiza una revisión bibliográfica a partir del diálogo con diversas categorías que se usan al tratar de interpretar los procesos de salud y enfermedad de diferentes grupos de hombres y de asumir una lectura filosófica con base en la estadística disponible. Resultados y conclusiones. El reflexionar sobre ser hombre desde la categoría del "cuidado de sí" puede potenciar una toma de distancia del sí mismo; aunque a la par una reubicación de su acompañamiento de los demás. Se han identificado trayectorias que llevan a la muerte, relacionadas con los procesos de socialización de los sujetos del sexo masculino. Se invita a reflexionar a partir de problematizar certezas en los aprendizajes de género y de paso a los supuestos epistemológicos y gnoseológicos de las categorías usadas para estudiar el significado del derecho a la salud, el autocuidado y el cuidado de sí.

PALABRAS CLAVE: cuidado de sí, autocuidado, violencia contra sí mismo, ser hombre, derecho a la salud, salud y enfermedad.

* Versiones iniciales de este artículo se discutieron en marzo de 2015 en el seminario "Estudios de género en Alemania, China y México ¿avances en la equidad?", celebrado en El Colegio de México y en el III Seminario internacional "Los debates sobre la globalización desde una perspectiva de género", celebrado en la Universidad Nacional Autónoma de México.

** Doctor en Sociología y Demografía. El Colegio de México, Ciudad de México, México. E-mail: jfigue@colmex.mx.

 orcid.org/0000-0002-2918-8145.

BEING A MAN FROM THE SELF-CARE: SOME REFLECTIONS

ABSTRACT: Objective. To analyze if violence can be used against oneself. Methodology. The article presents a literature review from the dialogue with different categories that are used to try to interpret the processes of health and disease of different groups of men and assume a philosophical reading based on available statistics. Results and conclusions. Reflecting on being a man from the category of "self-care" can enhance putting distance in between with himself although at the same time relocating his accompaniment with others. Paths leading to death have been identified which are related to the processes of socialization of male individuals. The invitation is to reflect from making certainties problematic in the gender learning and at the same time to reflect on the epistemological and gnoseologic assumptions of the categories used to study the meaning of the right to health, and self-care.

KEY WORDS: self-care, violence against himself, being a man, right to health, health and disease.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo surge de la pregunta analítica y política en términos de si se puede ejercer violencia contra sí mismo, ya que se suele interpretar dicha práctica con la intención de someter y de dominar a alguien más. Me interesa problematizarlo a partir del diálogo con diversas categorías que se usan al tratar de interpretar los procesos de salud y enfermedad de diferentes grupos de hombres y de asumir una lectura filosófica de la otredad y del sí mismo (Benhabib, 1992; Irigaray, 1993). En este sentido, propongo diferentes preguntas y durante su exposición trato de enriquecer la invitación a reflexionar colectivamente.

En la literatura aparece la categoría de negligencia suicida (Bonino, 1989), así como la de "la masculinidad como factor de riesgo" (de Keijzer, 1995), al tratar de caracterizar las causas de muerte de los varones. Se han identificado trayectorias que llevan a la muerte, relacionadas con los procesos de socialización de los sujetos del sexo masculino y se describe la sobremortalidad masculina aludiendo a la metáfora de que muchos sujetos de este sexo se "mueren como hombres" (de Keizer, 1992). Barker (2005) publicó el libro *Dying to be men*, título que he parafraseado señalando "¡me muero por ser hombre!" La frase combina dos acepciones de la expresión "me muero";

antes de limitarla a un sinónimo del acto de fallecer se propone leerlo como el sentir que se vive ante una situación que se desea experimentar. Lo contradictorio es que parece ser que muchos hombres se mueren en la búsqueda de algo ambivalente, al grado de que las principales causas de muerte tienen que ver con actos violentos; incluso ejercidos por quien fallece después de los mismos. Estudios recientes aluden a un contexto de violencia en México, lo que ha llevado a que la esperanza de vida de los hombres muestre descensos en este país (Canudas, García y Echarri 2015); algo excepcional en las trayectorias demográficas.

Valdría la pena problematizar de quién y sobre quién es la violencia: ¿en términos grupales sería entre varones o de varones a mujeres? Si se piensa en términos individuales, ¿podría ser violencia de un varón sobre sí mismo? De ser así, ¿quién es responsable de su cuidado y cómo puede ponerse en práctica el entorno que posibilite “ver por sí mismo”? Es más, ¿podría ser el mismo sujeto un obstáculo para cuidarse? Por lo tanto sugiero reflexionar sobre el significado del “ser hombre”, desde la perspectiva del ‘cuidado’, para lo cual inicio con una visión más demográfica antes de seguir con lo conceptual y lingüístico.

TRAYECTORIAS DE LAS CAUSAS DE MUERTES DE LOS VARONES

En un texto previo (Figueroa, 2007) presenté algunas estadísticas de la primera década del siglo XXI para el caso de México, sobre esperanza de vida al nacer y sobre tasas de mortalidad por algunas causas, comparando el caso de los varones y de las mujeres. Me refiero a accidentes, suicidios y lesiones (separando aquellas autoinfligidas de aquellas provocadas por otras personas), cirrosis hepática y casos de VIH-Sida. Los datos del primer quinquenio del tercer milenio mostraban una mayor incidencia de efectos negativos para el caso de los varones y ello, de manera sistemática, independientemente del año o del indicador considerado. Las mujeres presentaban una esperanza de vida cinco años mayor a la que se observa en los hombres, mientras que el nivel de las tasas de mortalidad por los diferentes tipos de accidentes son en promedio entre tres y cuatro veces más altas entre la población masculina que entre la femenina. Los diferenciales se mantienen al analizar los suicidios y lesiones como causas de muerte, incluso en el caso de las lesiones generadas intencionalmente son mayores las diferencias generalmente en detrimento de los varones. La pregunta que valdría la pena hacerse es si algunas de estas causas de muerte representan un descuido o violencia contra sí mismo, o bien alguna otra categoría.

En un estudio realizado con información de 20 países de diferentes regiones del mundo (Nesse and Kruger, 2002), y en el cual se buscaba comparar los niveles de mortalidad femenina y masculina, se llegó a la conclusión de que el principal factor demográfico asociado a los diferentes niveles de mortalidad y sobremortalidad entre

las dos poblaciones era el hecho mismo de ser varón. Se afirma que si se pudieran igualar los niveles de mortalidad masculina reduciéndolos al de las mujeres, el efecto benéfico desde el punto de vista epidemiológico sería mucho mayor que si pudiera curarse el cáncer. ¿Cómo interpretar teórica y políticamente que “el ser varón” es un factor de riesgo para la sobrevivencia de los propios sujetos de la población masculina?

Al finalizar la primera década del presente milenio el Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010) preparó un documento donde se analizan las principales causas de mortalidad en México con el propósito de ser presentado en las Naciones Unidas dentro de una comisión sobre población y desarrollo. En este documento se analizan las cinco principales causas de muerte, a partir de diferentes grupos de edad y en todos los casos, considerando las diferencias entre hombres y mujeres. Además se muestran trayectorias de los indicadores a lo largo del tiempo, y durante tres décadas, empezando en 1980, para lo cual se privilegia comparaciones de la distribución al interior de cada grupo.

Llama la atención que desde el período de 1 a 4 años de edad, continuando con el grupo de 5 a 14 años, los accidentes constituyen la principal causa de muerte en todos los años tanto para niños como para niñas; si bien, los porcentajes son más altos en el primer grupo. Una de cada tres muertes en niños y una de cada cuatro muertes en niñas se deben a dicha razón. En 5 de los 7 años considerados en la secuencia temporal de análisis aparece como cuarta o quinta causa de muerte el concepto de “lesiones intencionales”, pero solamente en la experiencia de los sujetos del sexo masculino.

Un panorama distinto se presenta al pasar al cuarto grupo de edad, estimado en este documento de 15 a 24 años, ya que los adolescentes y adultos jóvenes presentan en todos los años del análisis las “lesiones intencionales” como segunda causa de muerte solo atrás de los accidentes; la cual se mantiene como la principal explicación de la muertes en jóvenes de ambos sexos. Entre las mujeres las lesiones intencionales aparecen una vez como segunda causa de muerte y en tres ocasiones como tercera; si bien, las proporciones de accidentes y lesiones intencionales en los dos últimos años analizados constituyen poco más del 60 % de las muertes de hombres y alrededor del 32 % en el caso de las mujeres. Casi el doble de sujetos del sexo masculino, en esta etapa de la vida, fallecen por causas de tipo violento al ser comparado con el caso de las mujeres.

En el siguiente grupo de edad (25 a 44 años de edad) las lesiones intencionales se mantienen como segunda causa de muerte de los hombres, detrás de los accidentes; mientras que entre las mujeres los accidentes pasan a ser la tercera causa en importancia, desapareciendo de las cinco primeras el rubro “lesiones intencionales” y emergiendo los tumores malignos y los problemas cardiovasculares como las dos más significativas estadísticamente hablando. Las lecturas sobre estas diferencias ofrecen interesantes e intrigantes posibilidades de interpretación desde los respectivos aprendizajes de género.

En los dos últimos grupos de edad (45 a 64 años de edad y 65 años en adelante) el panorama epidemiológico es distinto, ya que los accidentes disminuyen su peso relativo entre los hombres; además, de desaparecer entre las mujeres; también desaparecen las lesiones intencionales entre los sujetos del sexo masculino como parte de las cinco principales causas de muerte para “darle paso” a los problemas cardiovasculares, a los tumores malignos y a la diabetes mellitus tanto en hombres como en mujeres.

Ahora bien, en estudios demográficos realizados durante la segunda década del siglo XXI, lo que se ha encontrado en la experiencia mexicana es que más allá de las transiciones epidemiológicas originadas por los diferentes problemas de salud a los que están expuestas las personas en las diferentes etapas de la vida (acompañadas con las intervenciones de tipo médico y con los avances tecnológicos) están adquiriendo cada vez más importancia algunas causas de muerte asociadas al comportamiento de las personas (CONAPO, 2010). Es decir que no parece el mismo escenario a ser intervenido el que surge de enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias, que lo que puede trabajarse para prevenir muertes derivadas de acciones violentas (como los accidentes y las lesiones intencionales) o de los suicidios y los homicidios. En este segundo escenario, la problemática de la población masculina se ha recrudecido tanto que ha detonado descensos en su esperanza de vida (Canudas, García y Echarri 2015); algo que rompe radicalmente las tendencias demográficas de la población.

¿Será que los sujetos masculinos constituyen efectivamente un riesgo para su propia sobrevivencia, social e individualmente imaginada? ¿Necesitamos resignificar las formas de cuidado que dichos sujetos tienen introyectadas y por consecuencia, replantear los compromisos de cuidado con respecto a otras personas? ¿Qué opciones nos ofrece el derecho a la salud y, en la contraparte, la categoría de “cuidado de sí” (Muñoz, 2006) como recurso de encuentro con sí mismo? ¿Dependerá de las causas de muerte en etapas de vida específica o de los aprendizajes de género para “construirse como hombre”?

¿DERECHO A LA SALUD O ENCUENTRO CONSIGO MISMO?

En trabajos previos (Figuroa, 2001, 2007, 2010) he reflexionado sobre el tema de la salud de los hombres desde las evidencias empíricas de mayores niveles de mortalidad con respecto a las mujeres, pero también desde la identificación de muertes evitables en mayores proporciones entre la población masculina dado el tipo de causas por las cuales fallecen. En muchos casos las muertes no se derivan de problemáticas fisiológicas sobre las que no se puede intervenir, a pesar de los avances en el saber sobre su etiología, sino que están asociadas a comportamientos de dichos sujetos. Por ello he propuesto profundizar en los supuestos de las categorías desde una aproximación filosófica.

En otra vertiente, hemos reflexionado (Figueroa y Sánchez, 1999; Figueroa, 2007, 2015) sobre el significado del derecho a la salud y sobre niveles de responsabilidad individual, institucional y social al construir las condiciones de posibilidad con el fin de que los individuos puedan ejercer su derecho a la salud. La conclusión que emerge de manera constante es que por más programas y servicios de salud que estén dirigidos a dicha población, es necesaria la propia participación de los sujetos en el monitoreo de sus procesos de salud y enfermedad con el fin de que les sea significativo cualquier proceso de transformación.

Las evidencias sugieren un obstáculo en el nivel de los propios aprendizajes de género, los cuales difícilmente se modificarán simplemente por la existencia de mayores servicios de salud o la invitación a que se lleve a cabo una práctica del autocuidado. Parece necesaria una construcción epistemológica y de representaciones sociales, en términos de que los costos negativos para la salud sean interpretados como “algo no deseable” por los propios varones, para que se legitime individualmente y como acción social la intención de evitarlos. Esto supone de alguna manera *un dislocamiento y un reposicionamiento* de género sobre los aprendizajes del ser hombre. Para ello, en esta serie de reflexiones, me interesa profundizar en los términos y categorías que dan cuenta de la salud de los varones con el fin de acercarnos a través de una lectura filosófica al *sí mismo* y a la posibilidad de tomar distancia de ello. Esto permite reflexionar si se está ejerciendo violencia sobre la misma persona que la ejerce, legitimada o condicionada por sus respectivos aprendizajes de género.

El derecho humano a la salud

Una característica de los arreglos sociales actuales, a partir del avance del conocimiento sobre enfermedades infecciosas y de otros padecimientos, es la organización institucional de acciones para cuidar de la salud de la población. Bajo este tenor se reconoce el derecho a la salud el cual se ha instrumentado desde una interpretación mínima como el poder asegurar el acceso a servicios de salud, ya que resulta imposible asegurar el estado de equilibrio y de bienestar al que alude la Organización Mundial de la Salud (OMS) en contraposición a la ausencia de enfermedad. Esto es así porque hay malestares y enfermedades que no dependen de instancias externas al individuo, sino que están asociadas a sus prácticas de autocuidado y a su etapa de vida y en parte también porque el Estado —al igual que la definición de dicho derecho— asume la corresponsabilidad de los sujetos en la construcción de su proceso de salud y enfermedad.

Lo anterior no pretende ignorar la influencia de los modelos económicos, ni pasar por alto las estrategias de algunos gobiernos, al delegar en los ciudadanos la gestión de los recursos que necesitan para cuidar de sí mismos, dejando de lado las responsabilidades mínimas que se espera de las instancias de gobierno. Sin embargo

quiero subrayar los resultados que ha documentado la literatura sobre salud de los hombres, en términos de que muchas de sus muertes podrían posponerse si los aprendizajes de género legitimaran el autocuidado en dicha población (Klein, 1995; Stillion, 1995; Nesse and Kruger, 2002; de Keijzer, 2003; Figueroa, 2007) o si se evidenciaran los costos de la temeridad y la búsqueda de riesgos; valores asociados a muchos modelos de masculinidad.

Un elemento que me interesa explorar es el contexto de las responsabilidades de los individuos al ejercer como titulares de derechos, ya que una visión integral del concepto de salud podría darle entrada a la “*no ciudadanía*” como un problema de salud; lo cual se origina por los mismos modelos de masculinidad. Es decir que, si no se cuida de sí ni se legitima el autocuidado, se corre el riesgo de ser negligente con sí mismo. Esto podría tener un significado filosóficamente pensado, aunque no es tan obvio desde lo jurídico o incluso desde el discurso de los derechos humanos.

Podría parafrasear la contradicción que sugieren los datos sobre las muertes masculinas, al contrastarlas con el derecho a la salud del que también son titulares los hombres, en términos de que tienen el derecho a estar sanos pero no la obligación de buscarlo. Es más, en muchos casos, pareciera que no buscan estar sanos (desde una lectura epidemiológica) en la búsqueda de bienestar (desde sus aprendizajes de género). Por ello es necesario problematizar cómo es que los sujetos del sexo masculino interpretan “el bienestar y el equilibrio” entre las dimensiones fisiológicas, emocionales y sociales aludidas en la definición de la OMS.

Es decir ¿podría ser que prácticas legitimadas y promovidas dentro de la identidad de género de los varones fueran atentados a su derecho a la salud física o emocional desde la lectura de especialistas en dichos temas? De ser así, ¿qué significado adquiere entonces el derecho a la salud (que de acuerdo a ciertas interpretaciones supone autocuidado físico y emocional), si potencialmente hay hombres que buscan ser reconocidos por sus pares, como un criterio de bienestar y de certezas en su autoestima, y que por ello dejan de cuidarse (desde otras interpretaciones) o que incluso se exponen intencionalmente a lo que algunos llamarían “factores de riesgo” para su salud (de Keijzer, 1995)?

Bidart (1989) señala que el ejercicio de los derechos humanos supone la participación de un sujeto activo y otro u otros pasivos; el individuo como titular de derechos se constituye en el sujeto activo por la idea de ser quien demanda la obtención de un bien o la prestación de un servicio a otro (Estado, instituciones) el cual se constituye en el sujeto pasivo por tener la misión u obligación de proporcionar dicho bien o servicio. Cuando no existe una instancia ante quien solicitar su atención, los derechos pierden sentido y efectividad; ¿cómo construir la otredad del sujeto activo y del pasivo al aludir al sí mismo como titular y responsable de derechos en la experiencia de los hombres?

¿Será que pueden calificarse como *negligentes o violentos con sí mismo* o con respecto a un personaje del colectivo social, o sea ellos mismos? De ser así, ¿cómo monitoreamos su responsabilidad y cómo redefinimos su derecho a la salud?, ¿cómo interpretar la experiencia de la población masculina al cuidar su posición social, incluso más que su entorno fisiológico? ¿Qué repercusiones tiene el centrarse en la proveeduría económica como una de sus principales responsabilidades para el propio sujeto y para otras personas con quiénes se relaciona en la cotidianidad cuando se piensa desde “el cuidado”?

Tronto (1993) sugiere cuatro acepciones del término cuidado, desde el conseguir los recursos para que otros cuiden hasta el hecho mismo de que una persona es cuidada y recibe atenciones por parte de otros, a saber: preocuparse por; encargarse de; dar cuidado y recibir cuidado¹. Esta autora comenta que las dos primeras modalidades “suelen masculinizarse” en los arreglos sociales; mientras que las dos últimas (de cercanía física con el acto de cuidar) suelen recaer más en la experiencia de las mujeres, incluyendo el recibir cuidado. ¿Qué sucede cuando en los estudios sobre uso de tiempo se encuentra que la mayor parte del trabajo doméstico lo realizan las mujeres, además, afirmando que esto muestra un menor involucramiento de los varones a pesar de que pudieran estar centrados en cumplir con otras modalidades del cuidado y de que no siempre estas se nombran así?, ¿cómo interpretar su experiencia de “ser cuidado”, pues implica reconocer una relación de dependencia o de vulnerabilidad demandando atención hasta de forma autoritaria, quizás con el fin de justificar social y ‘masculinamente’ que están enfermos?

¿Solo con sí o contra sí mismo?

En la experiencia de muchas personas del sexo masculino se aprende que la exposición a lo que podría describirse como “situaciones violentas corporalmente”, es parte de rituales a través de los cuales se construye la identidad de género como hombres. Esto genera una lectura del cuidado diferente a lo que aprenden muchas mujeres e incluso parece contribuir al desarrollo de un umbral de dolor distinto a partir de lo que es legítimo reconocer socialmente como incómodo, injusto o desagradable (Herrera, 1999; Huerta, 1999, 2002).

¹ Las cuatro modalidades incluyen: *preocuparse por*, existe el reconocimiento de las necesidades de otras personas y un interés en que estas sean satisfechas (aunque sin llegar a concretarse en alguna acción específica); *encargarse de*, se pasa del reconocimiento de las necesidades del otro a tomar acciones dirigidas a ello (aunque esto no necesariamente se traduzca en una práctica de cuidado como tal. No obstante puede entrelazarse con la posibilidad de que alguien más realice una actividad de cuidado que de manera directa satisfaga las necesidades identificadas); *dar cuidado*, conjunto de actividades que directamente suplen las necesidades de alguien más, lo que en general implica trabajo físico y un contacto directo con quien recibe el cuidado; *recibir cuidado*, supone que quien recibe el cuidado responde a esta interacción debido a que no es un proceso unidireccional.

Ello podría estar relacionado con la forma en que se aprende a “curtir el cuerpo” (Mishkind et al., 1987; López y Vélez, 2001; Connell, 2003; Montejo, 2005) muchas veces a través de valorar las heridas y las cicatrices que las acompañan, en tanto huellas de batallas vividas y de situaciones heroicas de las que se puede y hasta debe platicar y presumir. Esto permite evidenciar que se practica el ser hombre (como performatividad), en parte, a partir de lo que “otras personas le reconocen a un sujeto” (Fagundes, 1995; Gastaldo, 1995). Es aquí que se vuelve relevante como dimensión de análisis la autorreferencia aprendida en diferentes modelos de socialización masculina. Por contraste, Núñez (2004) alude al desconocimiento de sí mismo dentro de un sistema patriarcal debido al hecho de ser el sujeto de referencia y Fernández (2007) alude al ‘yotro’ como una de las posibilidades que tienen los sujetos del sexo masculino para conocerse dado que implica construir el yo como el otro. El contraste es que Núñez alude a un desconocimiento de sí mismo, mientras que Fernández invita a tomar distancia de sí a través del juego con la otredad precisamente para conocerse a sí mismo.

Una variante de esta segunda lectura es lo que se trabaja en el teatro, al construir personajes distintos a quien “los representa” e incluso escuchando la opinión del representado, sobre el imaginario que muestra aquel que se está poniendo en su lugar. Existe un libro (CONAPRED, 2011) en el que se incluyen textos escritos por hombres a propósito de las mujeres (*Ellas por ellos*, es su título) y me ha resultado interesante escuchar a mujeres opinando sobre la lectura que las personas del sexo masculino hacen de ellas. Algo similar podría hacerse en sentido inverso (“ellos por ellas”) y estimular el mismo ejercicio, cuidando en no quedarse en una posición defensiva sino en un ejercicio que pudiera caracterizar como de “un espejo interactivo”. Esto quizás nos llevaría a constatar lo que algunas autoras han propuesto en términos de que los hombres viven la sexualidad (y, posiblemente, otros espacios de su cotidianidad) de manera solitaria y silenciosa (Szasz, 1998) tal vez por el temor a mostrarse frágiles o bien necesitados de alguien más. Incluso, puede derivarse de no disponer de referencias lingüísticas para dar cuenta de lo que experimentan, dada su “poca práctica de nombrarse desde lo personal” (Seidler, 1997; Eisenstaedt, 2014). No obstante, se problematizan menos las categorías desde donde se interpretan los silencios en la experiencia de los hombres: complicidad, miedo, prudencia o falta de lenguaje.

Abundando un poco más, los aprendizajes de género de muchos hombres niegan el reconocimiento del dolor bajo la amenaza de perder elementos de su hombría. Es decir la representación de un libreto (como se le llama en teatro) puede generarle ambivalencias, contradicciones (Kaufman, 1997) y dolores a muchos hombres, pero a la vez está permeado por un aprendizaje que los deslegitima y los lleva a no nombrarlos ni reconocerlos. Esto ha llevado a diversas autoras como Tena y Jiménez (2014) a señalar que algunos de sus sujetos entrevistados describen las

características de un malestar, aunque no lo nombran ni interiorizan de esa manera y por lo tanto no buscan apoyo para trabajarlo.

Los malestares podrían ser detonadores de búsqueda de acompañamiento para resolverlos, y a la par su no reconocimiento pero sí su experiencia, lo que podría generar situaciones de ira y violencia por estar estas reacciones más legitimadas dentro de ciertos modelos de masculinidad. Kaufman (1997) alude a contradicciones en el ejercicio del poder de los hombres y reconoce la violencia que el sujeto acaba ejerciendo sobre sí mismo. En una película sueca² un adolescente trata de cuestionar los aprendizajes recibidos y reproducidos sobre el ejercicio de la violencia, ya que de otra forma corre el riesgo de ser expulsado de la única escuela que le dio la oportunidad de seguir estudiando. Se enfrenta así, al problema de que es agredido y tiene que controlar su “habilidad para pelear”. La película sugiere una reflexión analítica para profundizar en el tipo de violencia al que están expuestos muchos varones, en ciertas ocasiones, por el quehacer de ellos mismos. Es decir ¿será que están solos consigo mismos (al aprender a ser autorreferidos, (Núñez, 2004)) o será que los cuestionan clandestinamente, estando a solas contra sí mismos?

LA EXPERIENCIA DE “OMISIÓN DEL CUIDADO”

Las referencias de los apartados anteriores sugieren que más que limitarse a acciones de salud pública para atender y curar las causas de morbilidad y mortalidad de los varones, en términos de los efectos visibles y finales de las mismas, parece que es más eficiente un cuestionamiento sobre las causas que socialmente legitiman como referentes simbólicos el ejercicio de la violencia por parte de los varones hacia otros varones y hacia otras personas con las cuales llegan a vincularse; pero, además, la violencia hacía sí mismos, a través de no cuidarse. No me interesa abordar solo el cuidado del propio sujeto masculino, sino la forma de interpretar cómo se relaciona el hombre en la lógica del cuidado con otras personas. En este sentido el reflexionar sobre ser hombre desde la categoría del “cuidado de sí”, como sugiere Muñoz (2006, dialogando con Foucault), puede potenciar una toma de distancia del sí mismo; aunque a la par una reubicación de su acompañamiento de los demás³. En este apartado reflexiono inicialmente sobre una de las problemáticas importantes de salud de los varones (los suicidios) con el fin de releerla desde la lógica del cuidado, pasando después a uno de los principales atributos que se construyen socialmente para los hombres (la proveeduría económica) dado que según Tronto esta puede leerse como una forma de cuidado la cual también es vista como uno de los obstáculos para estar

² La película “Sólo contra sí mismo” fue dirigida por Jan Mikael Häfström, Suecia, 2003.

³ Nora Muñoz (2006) señala que “la noción del cuidado de sí está constituida no sólo por la relación que establecemos con el cuerpo sino también con los otros y con nuestro entorno”.

ejerciendo otro tipo de cuidados tal como lo es la presencia más cercana con la pareja y con sus hijos.

Suicidios y accidentes viales

El tema del suicidio es un tema que invita a profundizar sobre la soledad comentada anteriormente, pero a la vez sobre el significado del derecho humano a la salud en la experiencia de los hombres. De acuerdo a múltiples estadísticas, en diferentes regiones del mundo, las tasas de muerte por suicidios son mayores entre hombres que entre mujeres; sin embargo, los reportes de intentos de suicidio son más frecuentes entre mujeres que en el caso de la población masculina.

Son diferentes las razones que se han identificado al tratar de dar cuenta de dichas diferencias. Una de las mismas tiene que ver con que las mujeres recurren a formas menos violentas que los hombres, por lo tanto estos últimos logran “una efectividad mayor” al tratar de matarse. Otra interpretación que se propone es que muchas mujeres en el fondo no buscan suicidarse sino pedir ayuda, a la vez que hacen evidente su hartazgo o desasosiego ante alguna situación problemática que están viviendo antes del mencionado intento; mientras que para los hombres pareciera más difícil buscar apoyo de otras personas, incluso pueden llegar a ser cuestionados en caso de no lograr su objetivo de matarse. Es decir “acaban muriendo también de manera solitaria y violenta”.

En una noticia de Notimex, aparecida en el periódico *Milenio* en octubre de 2014, se informa que se decidió sancionar legalmente a una mujer por haber abandonado a su bebé en una estación del metro argumentándose que el motivo fue por “*omisión de cuidado*” bajo la hipótesis de abandono de persona incapaz de valerse por sí misma (Courtenay, 2002). Valdría la pena preguntarse si muchos sujetos del sexo masculino están expuestos a aprendizajes de género que acaban legitimando que sean omisos respecto a su propio cuidado. De ser este el caso, ¿habría alguien a quien responsabilizar al tratar de modificar este escenario? ¿Podría recurrirse a autopsias psicológicas (Goncalvez et al., 2012) en la búsqueda de entender el contexto de algunas muertes por descuido de sí?

Una dimensión que vale la pena incorporar en esta serie de reflexiones es el sentido de “dejarse cuidar”, a saber: el derecho a la salud incluye el acceso a servicios de salud, pero a su vez el uso de los mismos. En diferentes revistas dedicadas al estudio de los procesos de salud y enfermedad (como la *International Journal of Men's Health*) es frecuente encontrar artículos que abordan la pregunta: ¿por qué los hombres no van a los servicios de salud? (Mansfield et al., 2003). Suele hablarse de falta de promoción de los servicios, de falta de compatibilidad entre los horarios laborales de los hombres y los horarios de los servicios, incluso de las resistencias de la población masculina a reconocerse enfermos o con la necesidad de revisarse de

dolencias o de realizar acciones de medicina preventiva. No obstante, me gustaría proponer una reflexión sobre el significado de “dejarse cuidar” y lo que esto significa en la identidad de género de los varones.

Apoyada en Foucault, Muñoz (2006) apunta dos tendencias opuestas en los hombres al momento de determinar las maneras de cuidarse:

por un lado, una tendencia de pensamiento predefinido y, por otro, un pensamiento construido reflexivamente. El pensamiento predefinido atiende a la estulticia, a lo que Foucault denomina la apertura a las influencias del mundo exterior, recepción de una manera acrítica que, para este caso, estaría referida a la aprehensión incuestionable de las representaciones sociales hegemónicas sobre la masculinidad. Estulto es, además, aquel que se dispersa en el tiempo, el que se deja llevar, el que no se ocupa de nada, el que deja que su vida discorra sin más, es decir, el que no dirige su voluntad hacia ningún fin. En esa medida, el estulto no tendría capacidad para cuidar de sí, debido a que no se quiere a sí mismo, porque su voluntad no es libre, depende de las imposiciones del mundo exterior. El pensamiento construido de manera reflexiva significaría actuar de tal forma que uno pueda querer a sí mismo, que uno pueda tender hacia uno mismo como si fuese el único objeto que se puede querer de forma libre y absoluta. (p. 73-74)

Otra causa importante de muerte entre los hombres tiene que ver con accidentes automovilísticos, en especial en grupos de edades jóvenes. En diferentes estudios se ha observado que ello no solo tiene que ver con el consumo de alcohol y con el hecho de que se maneja a altas velocidades (Treviño et al., 2014). En un reportaje realizado en Argentina, se encontró a hombres que declaraban que no respetan los señalamientos de tránsito debido a que “estos están pensados para quienes no saben manejar, es decir, las mujeres”. No obstante las estadísticas muestran mayores imprudencias al manejar por parte de hombres (asociado a accidentes más violentos) y por lo tanto más accidentes producidos por ellos, al margen de que en el imaginario social se hable de que “las mujeres no saben conducir”; incluso afirmado por personas del sexo femenino. Sin embargo las tasas de accidentes viales y las de trabajo son superiores en la población masculina en parte por la práctica socialmente legitimada de la temeridad, por una noción de menor vulnerabilidad y por una representación de no necesitar cuidarse (Gastaldo, 1995; Stillion, 1995). Al parecer la población masculina tiene serios problemas, no de acceso a servicios de salud sino de legitimar simbólicamente el cuidado de su salud como un derecho.

Desde aquí me pregunto ¿cómo ubicar la experiencia cotidiana de los varones cuando, por ejemplo, no existe una demanda desde los mismos de reconocimiento de sus procesos de salud, enfermedad y muerte, potencialmente asociados a la soledad con la que viven su existencia dada la autorreferencia que los permea en tanto sujetos

de referencia en una sociedad patriarcal?, ¿cómo interpretar el que no se cuestionan los rituales sociales demandados a muchos hombres —de temeridad y búsqueda del riesgo— a través de los cuales supuestamente se legitiman socialmente como tales, problematizando la razón por la cual no se reconocen individual y socialmente los riesgos para la salud derivados de los papeles que se espera que desempeñen en el entorno de las experiencias reproductivas?

La progenitura como cuidado y como no participación en el cuidado

El escenario anteriormente esbozado presenta intrigantes analogías con el binomio paternidad y salud, ya que en los espacios reproductivos se asume que son las mujeres y sus hijos quienes pueden vivir problemas de salud en el entorno de la gestación; mientras que no se reconoce como tema de estudio el conjunto de experiencias reproductivas de los sujetos del sexo masculino; incluyendo, a pesar de que de acuerdo a una lectura personal de Tronto (1993), la proveeduría asignada a los sujetos del sexo masculino es parte del cuidado de otros personajes del entorno familiar. Es decir que no se nombra la posibilidad de problemas de “salud paterna” y menos de “mortalidad paterna”, algo que podría inferirse al tratar de analizar la relación entre un atributo relevante de las experiencias reproductivas de la población masculina y sus respectivos procesos de salud y enfermedad.

Esto genera que a pesar de que los progenitores del sexo masculino puedan vivir riesgos laborales en función de la interpretación que se hace colectivamente de sus expectativas como padres, es posible que puedan fallecer por la depresión de perder a un hijo o perder la libertad (incluso su vida) en la búsqueda de cumplir con sus responsabilidades parentales (de proveeduría y protección); difícilmente, esto sería englobado como una problemática de salud o de mortalidad paterna. Por lo mismo, tampoco se le reconoce como un objeto de atención y de intervención que pudiera prevenir o aminorar experiencias de morbimortalidad de los sujetos del sexo masculino que son progenitores. Es evidente que cada una de estas dimensiones son experiencias que también las viven diferentes mujeres, aunque tampoco son nombradas desde la lógica de la salud; esta alerta no busca patologizar el entorno, pero sí evidenciar que repensarlas desde la lógica de la ética del cuidado puede contribuir a repensar la presencia de sujetos del sexo masculino.

Arango y Molinier (2011) señalan que:

el proyecto de la ética del cuidado es a la vez científico y político, en el horizonte de una sociedad más cuidadora, en la que las ciudadanas y los ciudadanos, tengan el derecho a ser cuidados —cuando lo necesiten— de manera equitativa y eficaz. (p. 17)

Y lo amplían, destacando el “derecho de las personas cuidadoras a ser cuidadas y a tener calidad de vida e igualdad de oportunidades” (Arango y Molinier, 2011, p.19). ¿Qué significará esto para los tradicionales proveedores económicos —sin ser los únicos—?

La misma Molinier (2011), afirma que “cuidar al otro es hacer algo que participe directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro” (p. 49). A pesar de ello, “el trabajo de cuidado se confunde con la femineidad (la mujer dotada para lo relacional), o con lo femenino del hombre; se percibe como un don del ser [...] y no como un saber adquirido por la experiencia” (Molinier, 2011, p. 55). Me pregunto si realmente se interpreta como “lo adquirido por experiencia” para matizar y contextualizar los aprendizajes de género no solo de las mujeres, sino también de los hombres.

Arango (2011) alerta sobre el “carácter androcéntrico de las categorías trabajo y trabajador” (p. 91) y si bien ella lo hace para visibilizar el quehacer de las mujeres, me gustaría problematizarlo con el fin de reflexionar sobre los atributos socialmente construidos para los hombres. Esta autora sugiere “diferenciar las distintas modalidades, experiencias y posiciones de los trabajos de cuidado” (Arango, 2011, p. 93), lo cual puede retomarse desde lo señalado por Tronto (1993). Irónicamente —de acuerdo a ciertas lecturas—, Pineda (2011) encuentra que “los hombres registran en promedio un mayor número de horas de trabajo semanal que las mujeres” (p. 141), a pesar de que no necesariamente se considera este tiempo como cuidado y puede que ni los mismos hombres lo consideren así; al margen de que pueda enmarcarse dentro de lo que Tronto (1993) denomina “encargarse de” o “preocuparse por”. Por tanto, vale la pena tomar en cuenta el señalamiento de Damamme (2011), al releer a Tronto, en términos de que: “tener en cuenta la existencia de una necesidad, preocuparse por encontrar una respuesta para esta necesidad, dar directamente la respuesta o el cuidado, y recibirlo, constituyen los *elementos de un proceso* cuyas formas de integración determinan el éxito del cuidado” (p. 158); “la cuestión es saber cómo se administran las relaciones de care entre las partes y cómo se establecen los acuerdos”. También valdría la pena destacar el valor de cada etapa del proceso, el cual es resaltado en cursivas por mí.

Basaglia (1984) señaló que muchas mujeres aprenden a ser “un cuerpo para los otros”, derivando en un “ser para los demás”; lo que la literatura sobre masculinidad a veces parece reflejar es que muchos varones aprenden a “ser un ser para sí, autorreferido”, atendiendo a los otros, más desde lo económico. Resulta extraño que un ser para sí, no cuide de sí, por lo que fallece prematuramente por ser hombre, a pesar de que pueda estar siendo visto como proveedor por su compañera y descendientes.

CONCLUSIÓN

Este texto no pretende aportar respuestas a las preguntas anteriores, sino invitar a reflexionar alrededor de las mismas a partir de problematizar certezas en los aprendizajes de género y de paso a los supuestos epistemológicos y gnoseológicos de las categorías usadas para estudiar el significado del derecho a la salud, el autocuidado y el cuidado de sí. Retomo de Muñoz (2006) la distinción entre autocuidado y cuidado de sí, el primero definido como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores, internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior” (p. 10). Esta definición deja entrever que el autocuidado se orienta a las prácticas y a las actividades que realizan los sujetos para el cuidado de su salud.

El cuidado de sí se define en cambio como “una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo”, lo que involucra al autocuidado entre sus componentes fundamentales dado que para desarrollar el conjunto de acciones que lo connotan debe existir un *proceso de construcción de significados* que oriente dichas acciones. ¿Será que la población masculina tiene legitimado el cuidado de sí como práctica social de género?, ¿interpretará el autocuidado a través de proveer y proteger a su familia?, ¿cómo construir una mayor legitimidad para otras modalidades de cuidado entre varones, sin dejar de reconocer lo que aportan a los arreglos domésticos, pero a la vez acompañando las necesidades de otras personas y reconociendo las no nombradas entre ellos mismos?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, L.G. y Molinier, P. (2011). El cuidado como ética y como trabajo. En L.G. Arango y P. Molinier (Comp.). *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 15-21). Bogotá, Colombia: La Carreta Social, Universidad Nacional de Colombia.
- Arango, L.G. (2011). El trabajo de cuidado: ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional? En L.G. Arango y P. Molinier (Comp.). *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 91-109). Bogotá, Colombia: La Carreta Social, Universidad Nacional de Colombia.
- Barker, G. (2005). *Dying to be Men. Youth, Masculinity and Social Exclusion*. London, England: Routledge.
- Basaglia, F. (1984). La mujer y la locura. En S. Marcos (Ed.). *Antipsiquiatría y política* (pp. 150-171). Ciudad de México, México: Editorial Extemporáneos.
- Benhabib, S. (1992). *Situating the self: Gender, community and postmodernism in contemporary ethics*. New York, USA: Routledge.
- Bidart Campos, G. (1989). *Teoría general de los derechos humanos*. Ciudad de México, México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.

- Bonino, L. (1989). Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos. *Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, Argentina.
- Canudas, V., García, V. y Echarri, C. (2015). The Stagnation of the Mexican Life Expectancy in the First Decade of the Twenty First Century: The Impact of Homicides and Diabetes Mellitus. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69 (1), 28-34.
- CONAPO. (2010). Principales causas de mortalidad en México 19809-2007. *Documento de trabajo XLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo*. "Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo". Naciones Unidas, Nueva York.
- CONAPRED. (2011). *Ellas por ellos*. Ciudad de México, México: Consejo Nacional contra la Discriminación.
- Connell, R. (2003). Los cuerpos de los hombres. *Masculinidades* (pp. 73-101). Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Courtenay, W. (2002). Behavioral Factors Associated with Disease, Injury, and Death Among Men: Evidence and Implications for Prevention. *International Journal of Men's Health*, 1 (3), 281-342.
- Damamme, A. (2011). El care en las familias: perspectiva temporal versus radiografía. En L.G. Arango y P. Molinier (Comp.). *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 157-167). Bogotá, Colombia: La Carreta Social, Universidad Nacional de Colombia.
- de Keijzer, B. (1992). Morir como hombres: la enfermedad y la muerte masculina desde una perspectiva de género. Seminario sobre Masculinidad, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- de Keijzer, B. (1995). Masculinity as a Risk Factor. Seminar on Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, IUSSP, Zacatecas, México.
- de Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos y S. Vallenas (Coord.). *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp. 137-152). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Eisenstaedt, E. (2014). *Padres de Plaza de Mayo. Memorias de una lucha silenciosa*. Buenos Aires, Argentina: Marea Editorial.
- Fagundes, D. (1995). Performances, reproducao e producao dos corpos masculinos. Em O.F. Leal (Org.). *Corpo e significado* (pp. 193-205). Porto Alegre, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Fernández, C. (2007). Masculinidad: errática zaga de un lugar imposible. En L. Jiménez y O. Tena (Coord.). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Figueroa Perea, J.G. (2001). Los procesos educativos como recurso para cuestionar modelos hegemónicos masculinos. *Diálogo y Debate de Cultura Política*, 15-16, 7-32.
- Figueroa Perea, J.G. (2007). El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes? *COEDUCANDO*, 1, 77-97.
- Figueroa Perea, J.G. (2010). El derecho a la salud como cuidado de sí: la experiencia de los varones. En E. Yesenia Peña y L. Hernández (Coord.). *Cuerpo, salud y sexualidad* (pp. 37-48). Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

- Figuroa Perea, J.G. (2015). El derecho a la salud en una población que ejerce violencia sobre sí misma. Coloquio internacional "Los debates sobre la globalización desde una perspectiva de género", Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de México.
- Figuroa Perea, J.G. y Verónica, S. (1999). Algunas reflexiones sobre ética, derechos humanos y salud. En M. Bronfman y R. Castro (Coord.). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina* (pp. 81-95). Ciudad de México, México: Edamex, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gastaldo, E. (1995). A forja do homem de ferro: a corporalidade nos esportes de combate. En O.F. Leal (Org.). *Corpo e significado* (pp. 207-227). Porto Alegre, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Goncalves, F. et al. (2012). Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 17 (8), 2039-2052.
- Herrera, P. (1999). La masculinización de los cuerpos. *Salud Reproductiva y Sociedad*, III (8), 13-15.
- Huerta, F. (1999). Deporte y masculinidad. *El juego del hombre* (pp. 133-266). Ciudad de México, México: Plaza y Valdés Editores.
- Huerta, F. (2002). La deportivización del cuerpo masculino. *El Cotidiano*, 18 (113), 47-57.
- Irigaray, L. (1993). *Je, tu, nous: Toward a culture of difference*. London, England: Routledge.
- Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En T. Valdés y J. Olavarría (Ed.). *Masculinidad/es, poder y crisis* (pp. 63-81). Santiago de Chile, Chile: FLACSO.
- Klein, A. (1995). Life's too Short to Die Small. En D. Sabo and D. Frederich Gordon (Ed.). *Men's health and illness. Gender, power and the body* (pp. 105-120). California, USA: Sage Publications.
- López, S. y Vélez, B.E. (2001). La puesta en escena de la corporalidad femenina y masculina en la escuela urbana: linda como una muñeca y fuerte como un campeón. *La Ventana, Revista de Estudios de Género*, 14, 83-101.
- Mansfield, A., Dais, M. and Mahalik, J. (2003). Why Won't He Go to the Doctor? The Psychology of Men's Help Seeking. *International Journal of Men's Health*, 2 (2), 93-109.
- Mishkind, M. et al. (1987). The Embodiment of Masculinity. En M. Kimmel (Ed.). *Changing Men. New directions in research on men and masculinity* (pp. 37-52). California, USA: Sage Publications.
- Molinier, P. (2011). Antes que todo, el cuidado es un trabajo. En L.G. Arango y P. Molinier (Comp.). *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 45-64). Bogotá, Colombia: La Carreta Social, Universidad Nacional de Colombia.
- Montejo, L.A. (2005). El tamaño no importa, es cuestión de cómo lo uses: cuerpo e identidades masculinas (tesis de posgrado). El Colegio de México, Ciudad de México, México.
- Muñoz, N. (2006). *Representaciones sociales del cuidado de sí en salud en adultos jóvenes universitarios* (tesis de posgrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Nesse, R. and Kruger, D. (2002). Men die young – even if old. *New Scientist*. Recuperado de <https://www.newscientist.com/article/dn2586-men-die-young-even-if-old/>.
- Núñez, G. (2004). Los hombres y el conocimiento. Reflexiones epistemológicas para el estudio de los hombres como sujetos genéricos. *Desacatos*, 15-16, 13-32.

- Pineda, J. (2011). La carga del trabajo de cuidado: distribución social y negociación familiar. En L.G. Arango y P. Molinier (Comp.). *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 135-155). Bogotá, Colombia: La Carreta Social, Universidad Nacional de Colombia.
- Seidler, V. (1997). Masculinidad, discurso y vida emocional. En J.G. Figueroa Perea y R. Nava (Ed). *Memorias del seminario-taller "Identidad masculina, sexualidad y salud reproductiva"* (pp. 7-24). Ciudad de México, México: El Colegio de México.
- Stillion, J. (1995). Premature Death Among Males. En D. Sabo and D. Frederich Gordon (Ed.). *Men's health and illness. Gender, power and the body.* (pp. 46-67). California, USA: Sage Publications.
- Szasz, I. (1998). Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. En S. Lerner (Ed.). *Varones, sexualidad y reproducción* (pp. 137-162). Ciudad de México, México: El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía.
- Tena, O. y Jiménez, L. (2014). Algunos malestares reproductivos en la experiencia de los varones: ¿podemos ir delimitando sus derechos reproductivos?" En J.G. Figueroa y A. Salguero (Coord.). *¿Y si hablas desde tu ser hombre? Violencia, paternidad, homoerotismo y envejecimiento en la experiencia de algunos varones* (pp. 331-358). Ciudad de México, México: El Colegio de México.
- Treviño, S. et al. (2014). Masculinidad, accidentes viales y políticas públicas. En J.G. Figueroa (Coord.). *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre. Paternidad, espacios laborales, salud y educación.* Ciudad de México, México: El Colegio de México.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries, a political argument for an ethic of care.* New York, USA: Routledge.