

Socialización masculina y consumo de drogas: cuestiones de género en políticas públicas en Brasil



Maristela de Melo Moraes@
Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

Este artículo presenta una reflexión acerca de los *sentidos producidos* sobre los hombres y las masculinidades en las políticas públicas de salud mental en Brasil, en particular las dirigidas a quienes consumen alcohol y otras drogas, con enfoque en la reducción de daños y de riesgos.

Se expone un conjunto de posicionamientos y sugerencias con el objetivo de contribuir para la superación de los modelos fijos de atención en salud, los cuales, en general, son cerrados, directivos y predictivos, por lo que establecen “verdades” respecto a los problemas y los modos correctos de intervenir en ellos, además de estar orientados desde políticas generalizadoras que universalizan los sujetos a los que se destinan.

De esta forma, se retoma la perspectiva de producción de sentido en las prácticas discursivas¹ para enunciar que el sentido es una construcción social, colectiva e interactiva, histórica y culturalmente ubicada, por lo que las personas construyen los términos que necesitan para comprender y actuar en las situaciones en las que se colocan cotidianamente.

También se opta por abordar las políticas de salud sobre drogas desde una perspectiva de género, por razones empíricas: por lo general, a la concepción de género se le atribuye el carácter de sinónimo de mujer y no se observa desde una perspectiva relacional^{2,3} y a los hombres se les considera como contrapunto o sujeto de responsabilidades, pero en contadas ocasiones se abordan los “costos de las masculinidades”,⁴ lo que impone límites a la identificación de las situaciones de vulnerabilidad en las que ellos pudieran estar.

Una de las consecuencias de esta concepción es que en la formulación de políticas públicas de salud dirigidas a las personas que consumen

alcohol y otras drogas, se presenta a los hombres como “invisibilizados”;⁵ es decir, no aparecen como sujetos concretos.ⁱⁱ

En otras palabras, aunque en su mayoría la política está destinada a los hombres, debido a que las estadísticas muestran que son quienes más utilizan drogas, quienes están más involucrados en accidentes de tránsito bajo efecto de sustancias y quienes acuden más a los servicios de salud para la atención de este tipo de consumo, no se hace referencia directa a los hombres —o esta es menor—. Tampoco se mencionan aspectos de la socialización masculina que están involucrados con las drogas o con la atención sanitaria.

El interés no se centra solo en los efectos de la invisibilidad de los hombres en las políticas públicas de salud sobre drogas, sino en analizar con una mirada de género las complejas bases de las desigualdades que los generan y sus derivaciones, teniendo en cuenta que el lenguaje de los efectos no escapa de un subtexto implícito sobre sus causas.⁶

Por lo tanto, es fundamental mirar hacia las prácticas ejecutadas por y entre hombres, mujeres y entre unas y otros, apoyadas y sancionadas por instituciones concretas, como es el sistema de salud, y que están reflejadas en otros ámbitos, como el ejército, el sistema judicial, las empresas privadas, la industria o el deporte, como señala Mari Luz Esteban.⁷

Para esta reflexión se utilizan los aportes de la obra de Joan W. Scott,² fundamentales en la construcción y proposición del género como categoría útil de análisis. En este contexto, las discusiones sobre los hombres y las masculinidades son herederas de las producciones feministas, en la dirección del salto teórico, reflexivo y político que se hace en el giro de los estudios de mujeres a los estudios de género, introduciendo el aspecto relacional, que permite hablar sobre masculinidades desde distintas miradas.

ⁱ Ponencia impartida en el marco del Congreso Iberoamericano de Masculinidad y Equidad: investigación y activismo, en Barcelona, 2011. Para esta publicación han sido añadidos algunos resultados y consideraciones finales del estudio doctoral que generó la ponencia, que no se había finalizado cuando se presentó el texto original.

@ Correo electrónico: maristelammoraes@gmail.com

ⁱⁱ Del texto original de 2011, reformulé la noción de *hombres invisibilizados*, para señalar que ocupan una *posición no marcada de sujeto*, con el fin de referirme a cierta “invisibilidad” en el contexto de la salud. Esta posición, que se les ha conferido a los varones, podría no resultar en su ausencia en el cotidiano, más bien sería un juego de poder que pasa por la identificación y auto-identificación de sus vulnerabilidades, por ellos y por el personal de salud, lo que se manifiesta en prácticas discursivas.

Impacto y efectos del consumo de drogas en los hombres

En Brasil y otros países, el consumo de alcohol y otras drogas por hombres, en especial los jóvenes, tiene impactos en la salud pública, el control de la infección por el VIH, la violencia urbana y hacia las mujeres, los accidentes en automóviles y los problemas de salud mental. Sin embargo, diversas investigaciones señalan que el uso de drogas entre los hombres es incitado culturalmente y está relacionado con las pruebas de hombría y los rituales de cambio a la vida adulta.^{5,8-10}

Otro efecto de esas construcciones culturales, que se suman a los problemas relacionados con las desigualdades sociales, está reflejado en los servicios de salud. En centros de atención a las personas con problemas vinculados con el consumo de drogas, conocidos en Brasil como Centros de Atención Psicosocial – alcohol y otras drogas (CAPS-ad), la mayoría de las personas usuarias son hombres; diferente de lo que sucede en otros servicios de salud, a los cuales acuden más las mujeres, porque el espacio del cuidado y del auto-cuidado está histórica y culturalmente relacionado con ellas.^{5,11} En general, los varones son socializados para superar los límites de su cuerpo y de su salud, por lo que acuden a los centros de sanidad solo en situaciones extremas, en las que no es posible actuar de otra manera.⁵



Sin embargo, existen otros dos elementos en los que resulta necesario poner atención: la posibilidad de una demanda femenina no atendida en estos centros de salud, relacionada con el estigma que recae sobre ellas cuando son usuarias de drogas y las construcciones sociales en torno a la salud que están relacionadas simbólicamente al femenino, a las mujeres que cuidan y que son cuidadas, lo que influye en la organización concreta de los servicios sanitarios y son poco atractivos para los hombres, pues están dirigidos de manera casi exclusiva a las mujeres, los niños y las niñas.

En este sentido, en los centros de atención a la salud mental se observan los retos impuestos por la pobreza, el desempleo y otras formas de exclusión social que afectan de forma directa a los hombres y generan efectos desastrosos, en especial en aquellos que intentan llevar a cabo un “ejercicio” de masculinidad proveedora.

En diversas ocasiones, los efectos negativos de esta situación se evidencian en problemas con el consumo de sustancias y en una supuesta necesidad de “reinserción socio-laboral”, percibida por las personas profesionales de salud como el principal reto en la atención integral y es uno de los principios que orientan las acciones del Sistema Único de Salud Pública do Brasil (SUS).

Masculinidades y consumo de droga en Brasil

La pobreza, el desempleo y otras formas de exclusión social se relacionan con el uso de alcohol y otras drogas entre los hombres. Por supuesto, no existe un único modo de ser hombre, sino un conjunto de maneras de vivir las masculinidades entre los hombres, que están influenciadas por los cambios generados por los movimientos de mujeres, feminista y otros fenómenos culturales que han ocurrido a lo largo del tiempo.

El campo de estudios sobre las masculinidades, los hombres y las relaciones de género problematiza de forma constante la vulnerabilidad de los varones en distintos contextos. Sin embargo, Juan Guillermo Figueroa-Perea señala que hay cierta “desconfianza” en la existencia de un campo crítico de producción de conocimiento sobre los hombres y las masculinidades, que puede estar relacionado con las concepciones encontradas en la literatura de Latinoamérica.¹² De acuerdo

con el autor, éstas miran a los hombres como culpables y satanizados, los victimizan, los vinculan con el “autoflagelo”, los ubican en una lectura patriarcal del mundo y hacen una lectura descontextualizada de las normas.

En este artículo no se propone adentrarse en este debate, sino referenciarlo para mirar las contradicciones y vacíos de las políticas públicas de sanidad de Brasil, respecto al consumo de drogas de los hombres.

Marcos metodológicos y etapas de la investigación

Esta investigación se sitúa en la perspectiva discursiva, basada y orientada por las contribuciones construccionistas a la psicología social y se asienta en el enfoque teórico-metodológico de las prácticas discursivas y la producción de sentido,¹ que propone un modo de dirigir la mirada hacia los fenómenos sociales, centrando la tensión entre la universalidad y la particularidad, entre el consenso y la diversidad, con vistas a la producción de una herramienta útil para la transformación del orden social.

A partir de lo anterior, se pretende entender las prácticas discursivas y los repertorios utilizados en las producciones discursivas respecto a los hombres y las masculinidades en las políticas públicas de sanidad de Brasil, dirigidas a las personas que consumen drogas. En este sentido, los repertorios son los *contenidos*, uno de los tres elementos constitutivos de las prácticas discursivas. De esta forma, no se busca la estructura ni las formas usuales de vincular contenidos, sino la posibilidad de que estos se asocien de un modo en unos contextos y de diferente manera en otros, lo que genera sentidos flexibles y contextualizados.

Desde estos marcos metodológicos, la investigación incluyó siete entrevistas con gestores de políticas públicas de salud en el campo del consumo de alcohol y otras drogas; la búsqueda y el análisis de 11 documentos de política pública, publicados por el Ministerio de la Salud o por sus departamentos locales (secretarías estatales o municipales), desde el año 2003 hasta 2010, período de gobierno de Luiz Inácio Lula da Silva, en el que se produjeron importantes cambios en la atención a la salud en Brasil. Además, se llevaron a cabo tres

grupos de discusión en dos estados del Noreste de Brasil, que incluyeron 25 personas profesionales y gestoras de políticas públicas de salud, de las áreas de salud mental, sida y salud de los hombres.

Las etapas de investigación se realizaron en el periodo 2009-2011, en ocho ciudades brasileñas. Las personas entrevistadas y participantes de los grupos firmaron un Término de Consentimiento Libre y Aclarado para participar en la investigación, con lo cual se respetaron los criterios éticos.

Para el análisis se utilizaron las técnicas interpretativas del abordaje de las prácticas discursivas y de producción de sentidos en el cotidiano, en particular, los mapas y los árboles de asociación.¹

Resultados y discusión

La investigación en la que se basa este documento forma parte de una tesis doctoral muy amplia, por lo que en este artículo se presentan algunos resultados que integraron el texto original de la ponencia para el Congreso Iberoamericano de Masculinidad y Equidad: investigación y activismo, llevado a cabo en Barcelona, en 2011.

En primera instancia, se subraya la generalización del “sujeto” de las políticas públicas de salud de Brasil, señalada por la utilización del término “usuarios de drogas”, para hablar de las personas que las consumen, sin consideraciones específicas sobre género e indicando que el término es tomado para obviar otras informaciones adicionales, como si fuera indiscutible que se refiere a los hombres.

Asimismo, se observó el uso del género como sinónimo de mujer, sin utilizar la perspectiva relacional de equidad. Además, existe la referencia a los hombres solo en los apartados vinculados con la violencia, como agresor, delincuente o causador de daño a otras personas.

En este sentido, la delincuencia relacionada con las drogas ilegales se considera como responsable de las muertes de hombres jóvenes, negros y pobres, además de cumplir un rol de “mantenimiento del orden” y control de las comunidades con mayor desventaja económica y social.¹³⁻¹⁷

Así, al hacer hincapié en el comercio de drogas ilegales, la llamada “guerra a las drogas” ejerce control sobre las clases pobres y amplía el poder policial hacia dichas poblaciones, con la justificación

de que el combate a las drogas y al enemigo es necesario, creando una compleja red bélica.¹⁸

La idea de *vida precaria*, desarrollada por Judith Butler,¹⁹ permite pensar la vulnerabilidad que se atribuye a los hombres que desarrollan problemas con el consumo de drogas. En los contextos de precariedad de la vida y de banalización de la muerte, parece evidente que hay “vidas que importan” y “vidas que no importan”, lo que también justificaría la “guerra a las drogas”, porque liberaría a la ciudadanía de la delincuencia.

Es pertinente explicar que, por lo general, las diferencias entre las personas que consumen drogas y las que venden o cometen crímenes relacionados con su tráfico, no aparecen o no son percibidas en el ámbito legal. Por ejemplo, involucrarse con las sustancias ilegales es visto, *per se*, como suficiente para considerar que quienes lo hacen son indeseables, sujetos que no importan, que no hacen falta, en particular en las comunidades más pobres, donde la estigmatización aparece de modo más evidente.

En este sentido, Butler señala que una vida no puede considerarse o juzgarse perdida si no se acepta o concibe como viva,¹⁹ por lo que antes de ampliar nuestras luchas sociales y políticas de derechos básicos, es indispensable repensar el significado de precariedad, vulnerabilidad, daño, exposición, deseo, trabajo y pertenencia social.

Lo anterior se incluye en las reflexiones que han permitido discutir las producciones discursivas de las personas participantes en el estudio, en relación con los hombres atendidos en los servicios de salud mental, quienes son descritos por lo que “no tienen”, por la precariedad de sus vidas, por la incapacidad de dejar de consumir drogas y por la dificultad de proveerse económicamente a sí mismos y a sus familias:

(el joven) quiere tener su propio dinero. Y empieza la angustia de no tener una actividad productiva, de no haber terminado o salido de la escuela, de no tener una perspectiva de inserción en el mercado de trabajo, entonces ve el comercio de drogas como esa vía, muchas veces ni es usuario de droga.

(Mujer, trabajadora social,
Secretaría de Asistencia Social de Recife)

En Brasil existe un elevado número de homicidios, que incluso supera el de países que pasan o han transitado por una guerra civil. De acuerdo con un estudio, en los últimos cuatro años, la tasa de homicidio en los 12 conflictos armados más

importantes en el mundo representa 81.4% del total de muertes directas y refiere a 169 574 víctimas, según datos oficiales.

En este país sudamericano, supuestamente sin disputas territoriales, guerras civiles o enfrentamientos religiosos, han muerto 192 804 personas víctimas de homicidio en los últimos cuatro años.²⁰ Una parte de estos crímenes está relacionada con la ilegalidad de las drogas y con la violencia generada por el comercio de estas sustancias; aunque en ocasiones dicha relación sea muy compleja.

Las fragilidades socioeconómicas que aparecen vinculadas con procesos de exclusión social, asociados con los problemas de salud generados por el consumo de drogas no se pueden discutir desconectados de la reflexión en torno al modo en que el gobierno brasileño gestiona este tema a nivel macrogubernamental.

Se asocian con los hombres que consumen drogas muchas situaciones de vulnerabilidad socioeconómicas que son consideradas como el reflejo de una política pública represiva y prohibicionista que genera muchos daños al promover la ilegalidad de estas sustancias.

En este contexto, M.L. Karam señala que la intencionalidad política que encuadra un acto como crimen, no es la protección de las personas sino la disciplina social que busca mantener y reproducir valores e intereses de las clases dominantes.¹⁵ Así, destaca la producción de la violencia como resultado directo de la ilegalidad promovida por la intervención del sistema penal en el comercio de drogas ilegales que, entre otras cosas, impide la resolución de conflictos por medios legales.

En este sentido, las relaciones con las drogas, sea para uso o comercio, muchas veces aparecen como consecuencia de la imposibilidad de ser hombres-proveedores por las vías socialmente aceptadas, de ganarse la vida de otro modo. En general, el valor que en nuestra cultura se le da a “ganar dinero” no es compatible con lo que muchos los hombres de comunidades pobres pueden percibir, debido a sus niveles de escolaridad y profesionalización. De este modo, los problemas generados por esta complejidad son potencializados e influenciados por el contexto del capitalismo actual, centralizado en el mercado y en el consumo.¹⁶

Para estos hombres, el trabajo en el tráfico de drogas aparece como una posibilidad muy

atractiva para ganar sueldos que no lograrían obtener con otras actividades económicas. Además del dinero, el poder asociado con el tráfico, la portación de un arma y la imposición de temor a otras personas, también son señalados como valores importantes.²¹ Estos aspectos parecen muy relacionados con “ser hombre”, aunque pocos estudios hacen un análisis de género sobre este vínculo.

Al respecto, Luiz Eduardo Soares, importante autor sobre la seguridad pública en Brasil, discute que al recibir el arma de un traficante de drogas, el joven que está siendo “reclutado” obtiene más que un instrumento que proporcionará ganancias económicas o acceso a las drogas para su consumo: recibe la llave que abre la puerta a su propia existencia social y que pasa por la imposición de respeto bajo la amenaza y el miedo.²¹

En este contexto, Roberto Da Matta señala que la sociedad brasileña está construida en un sistema social de jerarquía y autoridad que se considera “natural”, lo que genera un pacto entre fuertes y frágiles, en el que la posición de delincuente diferencia a sus agentes. De acuerdo con este argumento, los hombres considerados frágiles por sus condiciones de no proveedores económicamente, al asumir la posición de delinquentes son vistos como fuertes y poderosos, logrando respeto y reconocimiento en sus comunidades y ante sus pares.

Al respecto, un estudio sobre la relación de fuerza versus fragilidad, y sus repercusiones en el día a día en comunidades pobres de Brasil, indica que la posición de delincuente reafirma la división entre los fuertes y los frágiles, quienes tienen miedo u obedecen y quienes imponen temor o transgreden.²³



La fragilidad económica, las pocas oportunidades de empleo, salario, deporte, cultura y ocio, son señaladas como justificaciones para que los hombres –en particular, jóvenes– se involucren con las drogas. En dichos casos, el objetivo del tratamiento incluye ayudarlos a convertirse en hombres capaces y responsables (económicamente) por sí mismos y para las mujeres con las que se relacionan (madres, novias, esposas).

De este modo, en todas las producciones discursivas abordadas en esta investigación, los repertorios lingüísticos identificados en el análisis de documentos de políticas públicas

son los contenidos discursivos que se refieren con mayor claridad a los contextos socioeconómicos relacionados con los problemas sanitarios y vinculados con el consumo de drogas. Aunque en los textos hay pocas referencias explícitas de los hombres, cuando lo hacen, señalan un intento de justificar las motivaciones del uso de dichas sustancias y, por lo general, el contexto socioeconómico es citado como factor vulnerabilizante:

la poca empleabilidad de los usuarios, que generalmente proviene de la poca escolaridad, es uno de los factores dificultadores del tratamiento. La falta de renta y la consecuente ociosidad

aparece en el discurso de los usuarios como una de las causas de la continuidad de uso de drogas. La función de la droga, en estos casos, es disminuir la angustia derivada de la vulnerabilidad social del individuo, llenando el “vacío” de la perspectiva de vida.

(Documento 11)²⁴

En este sentido, es necesario señalar el rol que cumplen otros ejes de diferenciación que están articulados con el género, en las producciones discursivas que hemos analizado. Además de la edad, otro eje de diferenciación importante es la raza/etnia, que se articula de manera fuerte con el género, en especial en los contextos de fragilidad socioeconómica que se han explicitado.

Al momento de intentar articular los ejes de diferenciación que involucran al género, es posible reconocer el problema: en las políticas públicas y en las producciones brasileñas sobre género y salud, la inserción del primer concepto ha sido como una categoría empírica “políticamente correcta”, que sustituye al sexo y elimina el sentido atribuido al término por las teorías feministas, sin considerarlo como “un principio de organización social”.²⁵

En el inicio del análisis, se observó que existe rigidez en la oposición binaria en las formas de significar el género, los hombres, lo masculino, lo femenino y las mujeres. Así, lo que dificulta el entendimiento del problema, cuando se hacía referencia a uno de estos términos es que, en general, las personas participantes los colocaban en relación de oposición (hombres-mujeres, masculino-femenino), lo que imposibilita la comprensión de cada uno de ellos, si no se ubican en alguno de los polos. Por lo tanto, gran parte de las producciones discursivas analizadas estaba marcada por el binarismo de género y por la descripción de roles e identidades.

De acuerdo con Scott, al justificar la utilidad del concepto de género, es necesario rechazar la calidad fija y permanente de la oposición binaria, lograr la historicidad y la deconstrucción genuinas de los términos de la diferencia sexual, así como someter continuamente las categorías a crítica y los análisis a la autocrítica.²

Como resultado de una larga investigación sobre lo que se ha producido sobre género y salud en Brasil, Estela Aquino concluye que la excepción está en estudios recientes de evaluación en salud que han introducido el “género” como categoría analítica, pero que aún se enfocan en la salud de las mujeres.²⁵

Para Teresa Cabruja es necesaria la incorporación del análisis de género comprometido ética y políticamente con una genealogía de la epistemología y de los movimientos feministas, que dificulte olvidar el feminismo cuando se refiera a esta categoría, para que cuando “el género entre por la puerta (...) del aula, del despacho, de casa o salga a la calle, el compromiso político con las relaciones de poder no salte por la ventana”.²⁶

En este sentido, parece que este proceso aún está en curso y es una de las principales cuestiones en los trabajos feministas contemporáneos, asociado a lo que Margot Pujal i Llobart llama “giro progresivo del género como categoría analítica y no como una categoría descriptiva de roles e identidades”.²⁷ La autora destaca la importancia de las reflexiones sobre la heterogeneidad de la categoría “mujer” y de cómo se articula en distintos contextos de diversidad étnica, de clase, de edad, de orientación sexual, entre otros, con hincapié en las contribuciones de las investigadoras negras, latinas y del feminismo postcolonial.

En el campo de género y salud en Brasil, la transición paradigmática de los estudios sobre “salud de las mujeres” para los de “género y salud” se encuentra en curso. Dicho proceso es evidente en las producciones en las que se puede encontrar una superposición de conceptos, nociones y teorías mezcladas con términos como mujer, género, femenino y feminista, que aportan significados distintos,²⁵ pero en ocasiones utilizados como sinónimos.

Las discusiones sobre masculinidades y hombres empiezan a aparecer en textos de políticas públicas en documentos recientes. El lugar del hombre, en particular en el contexto doméstico, ha emergido en las agendas de las instituciones nacionales e internacionales que proponen e implementan políticas públicas, como una forma de promover la equidad de género. El tema gana visibilidad en las Conferencias Internacionales sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, en 1994, y sobre la Mujer, en Beijing, en 1995, con el argumento de que es necesaria una mayor participación masculina en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.²⁸

Desde los años 70, la complejidad del concepto género ha evidenciado la superposición de lógicas distintas; de acuerdo con Raewyn Connell, éste es un hecho de gran importancia para el análisis: “cualquier masculinidad, como una configuración de la práctica, se ubica simultáneamente en varias estructuras de relación, que pueden estar

siguiendo diferentes trayectorias históricas”.²⁹ Así, la masculinidad siempre se asocia a contradicciones internas y rupturas históricas.

Aunque parezca que todas las sociedades tienen registros culturales de género, no todas tienen el concepto de masculinidad. El uso moderno de este término asume que la propia conducta resulta del carácter que se posee. Así, una persona no-masculina sería pacífica, en lugar de violenta; conciliatoria y no dominante, e indiferente en la conquista sexual.²⁹

Sin embargo, hay que tener en cuenta que quienes trabajan con las poblaciones masculinas han enfatizado la heterogeneidad en las formas de vivir las masculinidades,^{12,30-34} aunque algunas personas que se han enfocado en contextos en los que había elementos comunes (juventud y raza/etnia), también incluyeron las condiciones de desigualdad de clase³³.

Por lo tanto, hay que colocar la atención en la heterogeneidad de las experiencias de los hombres,¹² pues todavía hay constantes que pueden ser consideradas, como las relaciones particulares de los hombres con las drogas y sus repercusiones en el cotidiano de los servicios de salud en Brasil.

Lo anterior debe mirarse de forma compleja, suponiendo que los contextos de socialización que construyen los sentidos de fuerza de los hombres, generan situaciones de vulnerabilidad y los fragilizan. Dichas construcciones socio-histórico-culturales están reflejadas en las políticas públicas de Brasil y resultan problemáticas.

Así, tomando como ejemplo algunos documentos oficiales de este país sudamericano, se afirma que en la Política para la Atención Integral de las personas que usan Alcohol y Otras Drogas, del Ministerio de Sanidad, de 2004, no hay propuestas de acciones específicas para los hombres ni se hace referencia a la socialización masculina como uno de los factores determinantes de estas condiciones de salud. Asimismo, la Política Nacional sobre el Alcohol, de 2007, tampoco incluye estas cuestiones ni la mirada de género.¹³ Respecto a la Política de Atención Integral a la Sanidad de los Hombres, de 2008, no hay claridad en las propuestas de vínculo entre la red de atención integral y lo señalado por la ley para trabajar junto a ellos.

Además, aunque en el texto de la Política de Atención Integral a la Sanidad de los Hombres están señalados algunos aspectos de su vulnerabilidad, relacionada con las construcciones de masculinidad basadas y orientadas por ideas de poder, potencia y superación de límites, se hace de forma descriptiva y se considera que los cambios en esta situación solo son posibles cambiando las mentalidades de las personas de manera individual y que los problemas de sanidad están basados en elecciones personales, lo que genera intervenciones individualizadas, descontextualizadas y despolitizadas.

Por lo tanto, no es raro percibir que el objetivo general de esta Política se relacione con una definición de salud vinculada a la oposición tradicional salud-enfermedad y que el sistema de atención tiene una oferta de servicios limitada.



La atención a la salud de los hombres

En las producciones discursivas obtenidas en esta investigación, las dificultades de trabajar con los hombres son atribuidas a que la salud y la asistencia social son áreas que no son vistas como masculinas, sino referentes a las mujeres y a lo femenino, por lo que no se consideran adecuadas para atender las demandas de los hombres:

La gran mayoría en la asistencia es mujer. En la sanidad también es mujer. Acá, en este evento, la mayoría es mujer. En el espacio de las cuidadoras es lo mismo, igual en la formación profesional, quiénes hacen formación en estas áreas de cuidado de la sanidad y de la asistencia son mujeres. (...) pero quienes llegan para ser atendidos son los hombres.

Todo el tiempo me dicen (hombres-usuarios) cosas como: “¿una mujer va entender lo que quiero decir? No vas a entender nunca (...)”.

(Mujer, psicóloga, Centro de Referencia Especializado en medidas socioeducativas de Asistencia Social de Recife)

El tema de la accesibilidad a los servicios de salud apareció en varias producciones discursivas de las personas participantes:

Creo que hay que ir donde están los hombres, porque si nos quedamos esperando a ellos lleguen a la unidad, en los CAPS, ellos no vienen.

(Hombre, posgrado en Gestión de Salud, gestor de un centro de pruebas y consejería para ITS/Sida, Paraíba)

No, ellos van a los CAPS (risas y el participante anterior indica que está de acuerdo). (...) hay que comprender mejor por qué ellos van al CAPS y por qué no van a otras unidades sanitarias. Entender mejor al hombre y entender mejor dicho proceso.

(Mujer, psicóloga, gestora de un Centro de Atención Psicosocial, Bayeux)

Asimismo, en otras narrativas se refuerza la necesidad de horarios ampliados en los servicios y se muestra una dificultad: incluso con la expansión, no es posible recibir al público externo después del horario tradicional. Las producciones discursivas en torno a este tema señalan que se asume que el usuario es un trabajador con jornada laboral y por eso no puede asistir a los servicios en los horarios convencionales, a diferencia de las mujeres, quienes se supone no trabajan fuera de su hogar.

El cuestionamiento que hacen las personas participantes respecto a los horarios adecuados en los servicios de salud para la población masculina es que no se toma en cuenta que gran parte de quienes tienen problemas con el consumo de drogas tiene vínculos laborales rotos o frágiles, o ni siquiera han llegado a establecerlos. Sin embargo, cuando se trata de los CAPS-ad, el problema de la accesibilidad sale del discurso, pues los hombres son el sujeto “no marcado” al cual se dirigen estos recursos.

En resumen, muchas de las producciones discursivas señalan que los hombres no son considerados sujetos de derechos sanitarios. En el día a día de los servicios de salud, parece existir una dificultad para percibir a los hombres como algo más que un pene, lo que se refleja en la alta demanda para el servicio de Urología, la cual es mencionada por profesionales participantes en los grupos de discusión y en la literatura respecto a los hombres y las masculinidades: “es hombre, encamina para el urólogo”; es decir, “parece que ser hombre es solamente tener pene”, dicen las personas participantes en esta investigación.

Además, el acogimiento, la escucha de las preguntas y otros indicadores de la atención integral, que forman parte de las políticas públicas de salud de Brasil, aparecen como insuficientes para desvincular a los hombres y a las masculinidades de la Urología y del pene:

El hombre que va a la unidad sanitaria porque es hipertenso o con problemas mentales es derivado al urólogo... ¿Es un hombre? ¿Ha sido atendido? Es derivado para el urólogo. Entonces, no hay resolución, no hay discusión...

(Mujer, nutricionista, gestora de la Política de salud de los hombres, João Pessoa)

¿Aunque la demanda no sea urológica?

(Hombre, educador popular, Secretaría de Asistencia Social, Recife)

No lo es. Yo veo esto increíble, porque la mayoría de nuestros servicios sanitarios trabaja el acogimiento. Entonces, ¿qué escucha es esta que se hace a este hombre, si identifica que tiene molestias mentales y lo mandan para el urólogo? Sabiendo que tenemos cómo circular a ese hombre en la red de servicios. Creo que es difícil, pero es resultado de la formación que la gente tiene desde la academia. La construcción social de la masculinidad extremadamente paternalista y nuestros trabajadores están en todo ese contexto, entonces por más que... Entonces la gente de la gestión queda todo el tiempo intentando...

(Mujer, nutricionista, gestora de la Política de salud de los hombres, João Pessoa)

Así, en el ámbito del consumo de drogas, resulta razonable señalar que es necesario reflexionar y actuar bajo una mirada de género y de una problematización sobre la socialización masculina como factor que vulnerabiliza a los hombres. Por otra parte, más allá de los cuerpos concretos de hombres o mujeres, hay que pensar cuáles son los indicadores de género que ponen en acción las relaciones institucionales de poder por medio de las políticas públicas de sanidad.

En general, las reflexiones sobre la vulnerabilidad de los hombres, en especial los que tienen problemas relacionados al consumo de alcohol y otras drogas, no está presente de forma adecuada en el cotidiano de las prácticas de cuidado, lo que genera la necesidad urgente de profundizar en la discusión sobre este tema e insertarlo en las agendas de las políticas públicas y en las prácticas de salud.

Además, la importancia de ubicar tal discusión bajo la mirada de género y del feminismo, radica en que el tratamiento social de los problemas de salud de los hombres no sería más que la otra cara del discurso médico-científico que todavía define a los cuerpos femeninos como deficientes. Sin embargo, la contradicción del campo de atención a la salud de los hombres en concreto, está justo en este punto: las prácticas de riesgo asumidas por algunos, en oposición a los “hábitos de vida saludables”, están basadas

en las masculinidades que utilizan el cuerpo y la genitalidad como expresión de virilidad y hombría; mismas ideas y conductas que permitirían a los varones acceder al poder y al prestigio, en grados y formas variables y de acuerdo con la clase social, la etnia, entre otros.⁷

Lo que se defiende es la necesidad de superar los estudios e intervenciones dirigidos solo a las diferencias por sexos en salud y a la visibilidad apenas notable de las necesidades específicas. Con esto, no se desconocen las luchas feministas por la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, tampoco de las que se enfocan en la consideración de las particularidades que tienen unas y otros, pero es posible que estas reivindicaciones ya no den cuenta de la complejidad de este momento histórico-cultural: la postmodernidad.

Aunque se piense la identidad como encarnada, expresada en el cuerpo (de mujeres y hombres) y en las experiencias corporales performativas, no se está trabajando con el género. Si se enfoca la atención en cuerpos concretos de hombres (en particular, a los que acuden a los servicios de salud, a quienes se dirige la política de salud), esto no significa polarizar la discusión de esta categoría y tampoco utilizarla como sinónimo de mujer, sino comprender que las construcciones de género están manifiestas, construidas y actualizadas en cuerpos y actuaciones concretas.



Consideraciones finales

La discusión aquí planteada es importante para entender el campo y proponer intervenciones útiles en materia de salud, ya que se indagan los sentidos producidos sobre los hombres y las masculinidades en las políticas de salud sobre consumo alcohol y otras drogas, las cuales están marcadas y orientadas por las construcciones de género. Por supuesto, la resolución de los problemas en este escenario, pasa por la adecuada utilización del género como herramienta analítica, como gafas para mirar e intervenir en la complejidad del tema.

De esta forma, se llama la atención sobre la rigidez en la percepción de gran parte de los sentidos producidos sobre los hombres y las mujeres, lo masculino y lo femenino, que polariza y jerarquiza aún más las relaciones de poder entre las personas profesionales, y entre estas y los usuarios de los servicios de salud.

También se toma en cuenta la reflexión apuntada por Butler, sobre que el género puede ser el mecanismo a través del cual se producen y naturalizan las nociones de masculino y femenino; pero por otro lado, también puede ser el aparato a través del cual dichos términos se reconstruyen y se desnaturalizan.³⁵

Por lo tanto, aunque en muchos momentos de esta investigación la incorporación del género en las políticas y las prácticas de salud se ha consideradoⁱⁱⁱ como un refuerzo de las dicotomías y de la rigidez del sistema binario, se defiende su utilidad para lograr la reconstrucción y desnaturalización de estos conceptos.

En este sentido, el conjunto de posicionamientos y sugerencias que se proponen parece justificado, porque la atención en salud en Brasil aún se presenta configurada por “modelos de atención” que, en general, son cerrados, directivos y predictivos, y establecen “verdades” respecto a los problemas y los modos correctos de intervenir en ellos, orientados desde políticas generalizadoras que universalizan a los sujetos a los que se destinan.

Sin embargo, se analiza que muchos de los intentos de cambio en los sistemas de salud, inclusive la creación y puesta en marcha del propio Sistema Único de Salud de Brasil, pasan por procesos de resistencia fuertes, porque cuestionan un modelo médico-farmacológico basado en intervenciones de control de los cuerpos. Dicho de otro modo, todo lo que intenta escapar al modelo hegemónico, instituido bajo un modo de concebir el poder médico como algo que subordina a la persona atendida, cruza por resistencias al cambio, lo que constituye uno de los efectos del género en las relaciones sociales e institucionales.

Por lo tanto, la incorporación de una perspectiva estructurante de género en la salud contribuye a la comprensión de que los modos y las personas que actúan el género son múltiples y variadas, lo que ayuda a romper la noción de fijeza, incentivando la reflexión sobre los efectos del género en las relaciones sociales e institucionales y su interacción con otros ejes de diferenciación como la clase, la raza y la etnicidad, como señala Scott.²

El reconocimiento de las situaciones de fragilidad, que genera la necesidad de atención a la salud de los hombres, puede entenderse como una forma de confrontar la falta de constancia del modelo de masculinidad basado en la fuerza y apunta a su ruptura. Por lo tanto, hay que cuestionar las supuestas constancias del género, al poner de manifiesto que las personas “concretas” –mujeres y hombres–, no siempre satisfacen las prescripciones sociales. Además, es indispensable cuestionar el rol que esas construcciones cumplen en las rupturas de barreras hacia la medicalización (y control) de los cuerpos, una “función social” plasmada por la sanidad y que debe deshacerse.

La necesidad de reconstruir y desnaturalizar el modo fijo y unívoco en el que son construidos los sujetos de las políticas públicas y las intervenciones sanitarias, sostiene la propuesta de incorporar la perspectiva de cuidado en salud que opere/fomente algunos cambios que son importantes para lograr una atención que incluya la variedad de posiciones del sujeto y que sea útil para tensionar los modelos fijos y la propia función legitimadora del género en el contexto de la atención sanitaria a las personas que consumen drogas. Lo anterior permitirá atender a hombres y mujeres con principios diferentes al control y a la medicalización de los cuerpos, además de cuestionar el modelo de atención basado en la sumisión y en la fragilidad.

ⁱⁱⁱ Por la autora y las personas participantes en la investigación.

El interés no es proponer modelos, sino un conjunto de sugerencias para pensar e intervenir en el contexto de la atención de las personas que consumen alcohol y otras drogas. Así, es necesario destacar la dimensión dinámica, de movilidad, abierta, porosa y múltiple de los modos variados posibles de intervenir en la salud de los hombres, utilizando la potencialidad de la perspectiva de género como estructurante de las relaciones de poder, para resignificar el propio contexto de atención sanitaria.



Referencias bibliográficas

1. Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas. São Paulo: Cortez; 1999.
2. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade 1990;16(2):5-22.
3. Butler J. Excitable speech: a politics of the performative. New York: Routledge [De próxima aparición en castellano: Políticas del performativo. Madrid: Síntesis]; 1997.
4. Medrado B. Tempo ao tempo: a gestão da vida em idade [tesis]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Psicologia Social; 2002.
5. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Ciênc Saúde Coletiva 2008;13(1):121-33.
6. Brah A. Diferencia, diversidad, diferenciación. En: Hooks B, Brah A, Sandoval C, Anzaldúa G, Morales AL, Bhavnani KK, et al. Otras inapropiables: feminismos desde las fronteras. Madrid: Traficantes de Sueños; 1992. p. 107-36.
7. Esteban ML. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud Colectiva 2006;2(1):9-20.
8. Nascimento PFG. 'Ser homem ou nada': Diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Antropologia Cultural; 1999.
9. Acioli MD. O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em etnoepidemiologia [tesis]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2002.

10. Franch M. Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. En: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 49-71.
11. Moraes M. O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; 2005.
12. Figueroa-Perea JG. Identidad masculina y sanidad sexual y reproductiva en el contexto de las Fuerzas Armadas de América Latina. México: UNFPA; 2002.
13. Moraes M. Algumas implicações da ética punitiva e da ética fragmentária para as lutas contra-hegemônicas no campo das políticas sobre drogas: na trilha das provocações atrevidas de Roberto Éfrem Filho. En: Medrado B, Lyra J, Azevedo M, Brasilino J, compiladores. Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto PAPAI; 2010. p. 167-176.
14. Éfrem Filho R. (Anti) éticas e dialéticas: algumas atrevidas digressões acerca das normatividades (contra-) hegemônicas. En: Medrado B, Lyra J, Azevedo M, Brasilino J, compiladores. Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto PAPAI; 2010. p. 151-166.
15. Karam ML. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. En: Sampaio CM, Campos MA, compiladores. Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: ABORDA; 2003. p. 45-97.
16. Minayo C. Sobre a toxicomania da sociedade. En: Baptista M, Cruz MS, Matias R, organizadores. Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2003. p. 13-32.
17. Acselrad G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. En: Acselrad G, compilador. Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 161-88.
18. Souza TP. Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense; 2007.
19. Butler J. Marcos de guerra: las vidas lloradas. Barcelona: Paidós; 2010.
20. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.
21. Soares LE. Novas políticas de segurança pública. Estudos Avançados. 2003;17(47):75-96.
22. Da Matta RA. Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro. 50. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1990.
23. Guedes OS. A presença do bandido em seu local de moradia: medo e idealização de um anti-herói. Serv Social Rev 2001 Jan-Jun;3(2):189-200.
24. Política de redução de danos do município de Recife. Recife: Secretaria Municipal de Saúde de Recife-Programa Mais Vida de Redução de Danos no Consumo de Álcool, fumo e outras Drogas; 2007.
25. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saúde Pública 2006;40(n. esp):121-32.
26. Cabruja-Ubach T. ¿Quién teme a la Psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de Psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana. Pro-Posições 2008;19(2):25-46.
27. Pujal i Llombart M. El feminisme. Barcelona: Editorial UOC; 2005.
28. Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. Rev Estud Fem 2008 Set-Out;16(3):809-40.
29. Connell RW. Masculinities. Berkeley: University of California Press; 1995.
30. Lerner S. Varones, sexualidad y reproducción: diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. México: El Colegio de México; 1998.
31. Valdés T, Olavarría J. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago: Flacso Viveros M. Quebradores y cumplidores: biografías diversas de la masculinidad. En: Valdés T, Olavarría J. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago: Flacso Chile; 1998. p. 36-55.
32. Gutmann MC, editor. Changing men and masculinities in Latin America. Durham: Duke University Press; 2003.
33. Barker G. Homens na linha de fogo: juventude, masculinidade e exclusão social. Rio de Janeiro: 7Letras; 2008.
34. Butler J. Deshacer el género. Barcelona: Paidós; 2006. (Paidós Studio, v. 167).