SALUD DEL HOMBRE UNA PARADOJA CULTURAL

MEN'S HEALTH: A CULTURAL PARADOX

DR. JORGE JIMÉNEZ DE LA JARA (1)

1. Master of Public Health, The Johns Hopkins University USA. Profesor Titular Pontificia Universidad Católica de Chile.

Email: jjimenez@med.puc.cl

RESUMEN

La salud de las personas se expresa entre otros indicadores en la percepción y conducta que los individuos tienen frente a sus propios síntomas. En el caso del sexo masculino, es notable cómo ellos tienden a consultar menos en frecuencia y más tardíamente. Este comportamiento genera muchas consecuencias que en último término conducen a una mayor mortalidad ajustada por sexo. A ello contribuyen muchos factores y constituyen un fenómeno cultural en el sentido de una cultura y conducta especial frente al riesgo, la enfermedad y la atención médica.

El autor propone estudios multisectoriales e integrados para reconocer los hechos ocultos en esta realidad y propender a un mejor enfrentamiento de estas desigualdades de género frente a la salud y la medicina.

Palabras clave: Salud del hombre, factores de riesgo en el hombre, acceso a la salud.

SUMMARY

Health of individuals is expressed among other items in the perception and behavior that persons have facing own symptoms. Men tend to visit less to doctors in lower frequencies and more delayed. This conduct generates many consequences and finally to higher deaths rates adjusted by sex. Many factors contribute to this cultural phenomenon in the sense of cultural behavior facing risks, disease and medical care.

The author proposes better studies to understand underlying in this reality and to improve the policies related to this

gender related disparities in health and medical care.

Key words: Men's health, male risk factor, health access.

INTRODUCCIÓN

Este seminario sobre Salud del Hombre no es un capricho de los especialistas en urología ni en andrología. Es, como he titulado, una paradoja cultural.

¿Por qué el hombre, aparente componente fuerte de la pareja humana, tiene este comportamiento errático frente a su propia salud? ¿Esa evidente despreocupación por su bienestar? Claramente los miembros del sexo masculino arriesgan mucho más, previenen mucho menos, se derrumban de pánico frente al dolor y la enfermedad, mientras que la mujer desarrolla una actitud francamente diversa y mucho más fuerte, racional y efectiva.

Por otra parte es interesante observar cómo la medicina evoluciona desde sus prácticas sociales más antiguas hacia la modernidad. Ha sido una constante de análisis mirar la medicina según el sexo, hoy diríamos según el género. La medicina moderna, organizada en torno a problemas y con tecnologías que le dieron estatus científico, aparece recién en la segunda mitad del Siglo XIX. Incluso podríamos decir que la irrupción de los medios de diagnóstico y terapéuticos aparecen en la segunda mitad del Siglo XX, con los antibióticos, la imagenología, el perfeccionamiento de la anestesia y las cirugías de mayor precisión. Menos de cien años tiene la llamada medicina occidental en oposición a las otras medicinas, llamadas orientales o tradicionales.

Mirando algunos números vemos pruebas de las diferencias epidemiológicas de ambos sexos. A la clásica menor expectativa de vida, se

agregan las mayores prevalencias de ciertas causas de mortalidad como el infarto agudo del miocardio y el cáncer en general. Entre las enfermedades crónicas de mayor presencia, el hombre lleva la delantera en la hipertensión arterial, nuestra condición patológica más emblemática del adulto (Tablas 1 y 2).

Otra diferencia importante entre la salud masculina y la femenina es la mayor conducta de riesgo, como el abuso de alcohol por ejemplo. Aquí los hombres, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (1) presentan una cifra de 62% sobre una media de 55% en ambos gé-

TABLA 1. EXPECTATIVA DE VIDA, MORTALIDAD POR SEXO Y CAUSAS RELACIONADAS

ITEM	GENERAL	HOMBRE	MUJER
Expectativa de vida	77,7 años	75,7 años	81,2 años
Mortalidad general	5,4	5,9	5,0
Mortalidad por cáncer	133,7	140,3	127,3
Mortalidad por infarto agudo miocardio	43,1	52,6	22,8
Prevalencia hipertensión adultos	26,9	28,7	25,3
Prevalencia diabetes adultos	9,4	8,4	10,4

Fuente: www.minsal.cl, DEIS 2011.
Tasa por 100.000 habitantes.

TABLA 2. PREVALENCIA DE ECNT EN ADULTOS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

CONDICIÓN	ESTRATO BAJO	ESTRATO MEDIO	ESTRATO ALTO
Hipertensión arterial	51,1	22,8	16,7
Diabetes	20,5	7,1	6,2
Riesgo CV	32,3	13,6	10,1
Depresión	20,8	18,4	11,8

Fuente Minsal, www.minsal.cl, ENS 2009-2010.
Tasa por 100.000 habitantes.

neros y una de 43% en las mujeres. Si asociamos el consumo mayor de alcohol y su consecuencia habitual, la violencia y los accidentes, veremos que los hombres tienen mucha mayor proporción de dichas consecuencias.

Un análisis de equidad, es decir de cifras de daño en relación al nivel socio económico, nos dice que las diferencias comentadas en relación a género se mantienen cuando bajamos en la escala social. Es decir, los hombres tienen un comportamiento igualmente diferenciado según pobreza, pero con impacto mayor en los más pobres (Tabla 2).

Culturalmente la preferencia por los individuos de sexo masculino es una constante transversal. Las razones son obvias, el individuo masculino es percibido y valorizado como un recurso físico, capital de trabajo en las economías más primitivas. Aún se reflejan en sociedades supuestamente en proceso de "modernización" como China e India.

Por ejemplo, los abortos legales de fetos femeninos en India triplica a los de fetos masculinos, y la probabilidad de llevar a consulta médica hijo masculino enfermo sobre mujer es cuatro veces más alta en el mismo país (2). Más dramático aún es el hecho, legalmente sancionado, en el cual el segundo hijo femenino en China 2012 está condenado a muerte desde antes de nacer (3). En otras palabras, la preferencia cultural por el sexo masculino desde antes de nacer es un hecho diríamos contemporáneo en casi la mitad del mundo.

Sin embargo, ello no es garantía ni de mejor salud, ni de mayor sobrevivencia, ésta es la paradoja todavía inexplicable. Las sociedades occidentales, principalmente Europa y Norteamérica, han ido cursando hacia mayores grados de igualdad de géneros, incluso de comportamientos sexuales. Ello continúa siendo un asunto de alta sensibilidad prácticamente en todo el mundo.

Tanto así que ha nacido una sociología de género nueva, que se dedica a estudiar el comportamiento y las diferencias en el actuar masculino (4). El sociólogo José Olavarría de FLACSO, entre otras conclusiones, nos dice que:

- Masculinidad hegemónica es el heterosexismo y genera un estereotipo.
- Sexualidad predominante es interpretada como biológica, instintiva, incontrolable.
- Se asocia con la no debilidad, aleja de los patrones de conducta preventivos o disciplinados.

Su efecto en salud es evidente y visible, como por ejemplo en el uso del sistema de salud por parte de hombres al ser comparados con mujeres. Así podemos ver que en materia de consultas médicas en edad adulta (5), el hombre:

- Consulta preferentemente en las crisis, en servicios de urgencia.
- Declara no sentir ansiedad o estrés: 36% vs 27%.
- Se somete difícilmente a los programas de seguimiento y control de enfermedades crónicas.

En otras palabras, el hombre llega tarde y en gravedad.

TABLA 3. USO SESGADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, HOMBRES V/S MUJER, CHILE

PRESTACIONES	MUJER	HOMBRE	TOTALES
Número de consultas anuales per capita	5,0	3,3	4,1
Laboratorio por 100 consultas	157	139	149
Imágenes por 100 consultas	32	25	29
Cirugías por 100 consultas	144	111	127

Fuente http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-6482_recurso_1.pdf

CONCLUSIONES PROVISORIAS

Preocuparse de la salud del hombre en el enfoque de género no es un capricho de algunos especialistas. Es un problema de salud pública, de política de salud técnica y equitativa. Es necesario que las políticas de salud deban construirse en forma participativa, especialmente con los afectados, en este caso los líderes de género. Tenemos ejemplos de éxito como las de tipo materno-infantil en nuestro país y en el mundo. Ahí

hubo preferencias socialmente expresadas y consensuadas.

Para ello es necesario identificar los “*stakeholders*” o partes involucradas, los métodos participativos de construcción de políticas, que están disponibles y son atractivos para los agentes sociales.

Además, ya pasó el tiempo del despotismo ilustrado de los médicos, el paciente de hoy es otro, más informado, más involucrado y esa energía hay que aprovecharla. Para ello debemos utilizar toda la batería moderna de investigación participativa con su componente de ciencia social que es indispensable para una construcción y percepción social de la salud.

Las razones de la economía nos llevan a la necesaria evaluación económica de la carga de la enfermedad en daño y en intervenciones. Desde ahí nacen razones de fuerza que motivan estrategias de intervención justificadas ante la sociedad y ante los cancerberos de los equilibrios financieros, de tanta influencia en la moderna medicina.

En síntesis digamos que estamos claramente frente a un tema de interés social, debemos entender la paradoja ya que su importancia no es sólo médica, es

-social, por la inequidad que implican sus determinantes sociales y acceso a los servicios de salud,

-económica, por los costos asociados a las pérdidas de años saludables y vidas en los varones,

-política, por la necesidad de un “buen gobierno” en pro del Bien Común que tome en cuenta estos hechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud ENS, 2009-2010, en www.minsal.cl
2. Sudah S, y Rajan S : Female Demographic Disadvantage in India 1981–1991: Sex Selective Abortions and Female Infanticide† en *Development and Change* Volume 30, Issue 3, pages 585–618, July 1999
3. <http://edition.cnn.com/2013/11/10/world/asia/china-second-child/>

4. Olavarría José, FLACSO, 2001.

5. Encuesta Calidad de Vida MINSAL Chile 2006.

El autor declara no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.