

ARTÍCULO DE OPINIÓN

La salud del varón: ¿todavía una quimera?

Jordi Cortada Robert

Centre d'Infertilidad i Reproducció Humana. Polyclínic Lleida. Lleida. España.

RESUMEN

Mediante este artículo de opinión, que fue ponencia en el tercer Simposio Paralelo ASES-SPA del último Congreso de la ESSM celebrado en Lisboa, desarrollado en los apartados introducción, antecedentes históricos hasta la actualidad, *¿También en salud existe diferencia de género?; ¿qué hacer? y ¿cuál debe ser la respuesta social y profesional a esta evidencia?*, se aborda una revisión, actualización y defensa: a) de las diferencias entre sexos en cuanto a patologías, expectativas de vida y fallecimientos, y b) en consecuencia, de las denominadas clínicas de salud masculinas. Se concluye que se necesita una discriminación positiva en los servicios de salud para atender específicamente al varón. Esto en absoluto es una contradicción con que los programadores de la salud contemplen la salud sexual y reproductiva como un tema en el que están implicados varones y mujeres, como defienden todas las asociaciones profesionales de la denominada medicina sexual.

Palabras clave: Salud sexual. Disfunciones sexuales masculinas. Clínicas de salud masculina.

INTRODUCCIÓN

Cuando se inicia una presentación con un título interrogativo, se da por hecho que, a lo largo de su exposición, debe darse una respuesta que puede ser solamente negativa o afirmativa. Se podría adelantar que nuestra respuesta será afirmativa, y tan sólo puede ser así, porque si la respuesta fuera negativa, ¿a qué nos estamos dedicando la mayoría de mis colegas y yo mismo? Sin embargo, es muy probable que tanto en el ámbito social como en el profesional, se considere una quimera lo que se afirma tan rotundamente arriba. Ahora bien, la realidad es lo contrario de la qui-

mera, y nuestra realidad demuestra que, en la actualidad, las clínicas de salud del varón ya existen y empiezan a ser viables, por distintos motivos (culturales, sociales, científicos, médicos, farmacológicos) y fundamentalmente por los buenos resultados clínicos, cada vez más visibles y efectivos en la resolución de los problemas de salud específicamente masculinos, y también por la pérdida del pudor a la hora de consultar acerca de temas considerados tradicionalmente demasiado privados e incluso indecorosos para salir del círculo íntimo personal o de la pareja. Al final todo ello se refleja, desde el punto de vista económico, en un claro y positivo estímulo para los distintos profesionales comprometidos en este campo.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS HASTA LA ACTUALIDAD

La existencia de clínicas especializadas en el tratamiento de enfermedades concretas y a lo largo de la

Correspondencia: Dr. J. Cortada Robert.
Alcalde Sol, 4. 25003. Lleida. España.
Correo electrónico: cortada@asesa.org

historia, ha sido producto de específicas necesidades de confinamiento y aislamiento. Eran las clínicas de salud mental, primero llamados manicomios y después hospitales psiquiátricos. Eran los sanatorios para enfermos de tuberculosis. Eran, aunque no sería el mismo caso, las leproserías en forma de lazareto y con la única finalidad del aislamiento y sin esperanza de curación. En gran medida y durante siglos, las instituciones mencionadas han sido lugares de exilio definitivo para proscritos sociales.

La sociedad actual ha modernizado el concepto de "clínica" y el gran público las entiende con el mismo significado que le da el Diccionario de la Lengua Española¹ como "el establecimiento sanitario, generalmente privado, donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede ser ingresado o ser atendido en forma ambulatoria". Son muy populares las "clínicas" de dermoestética, las de odontología y las ginecológicas. Las llamadas clínicas de planificación familiar son, en realidad, también clínicas especialmente destinadas a la medicina sexual y reproductiva de la mujer, dejando el concepto "familiar" solamente en el título. Algunas de estas clínicas de planificación, en realidad, están "superespecializadas" en contracepción femenina, prevención de las enfermedades ginecológicas a través de controles periódicos de la mujer y, también, en abortos terapéuticos amparados en los supuestos legales. Tienen, por tanto, y como vemos fácilmente entendible, solamente en cuenta a una parte de la pareja reproductora.

Las clínicas dedicadas única y específicamente a la salud masculina son más bien escasas y las que, desafortunadamente, son más populares no muestran una imagen de rigor científico y seriedad profesional asociada a su presentación e imagen. Basta conectarse a internet con la búsqueda salud y masculino, especialmente en inglés, para que toda suerte de representaciones de contenido erótico y sexual aparezcan ligadas a la primera búsqueda², especialmente referidas al culto al cuerpo, las dietas de adelgazamiento o las revistas de imágenes con desnudos explícitos. La pregunta del profesional competente surge de forma inmediata: ¿dónde y cómo se coloca ahí la diabetes, el hipogonadismo de inicio tardío o la infertilidad de causa fisiológica?

¿TAMBIÉN EN SALUD HAY DIFERENCIA DE SEXO?

¿Es la salud sexual tan importante para el varón como para centrar su interés y preocupación? La dejación de funciones sexuales, su pérdida o disminución, ¿comportan un cuadro mucho más amplio, sensible y de significado más profundo? ¿Es que acaso debemos ad-

mitir que cuando hablamos de una clínica del varón, podemos solamente tratar dolencias referidas a la esfera sexual o urológica? Si respondemos afirmativamente, ¿caemos en un peligroso e hipócrita reduccionismo? Quizás nos aclare, o confunda más, si nos remitimos a la definición de varón, según el Diccionario de la Lengua Española, del latín "varo, varonis"¹ que significa "fuerte y esforzado", que atribuye a los varones el valor y la firmeza como cualidades varoniles por excelencia y que inevitablemente se asocian a su potencia sexual y reproductora. En este debate semántico, sigamos la corriente popular y aceptemos que *sí* hay enfermedades masculinas, las que se refieren al aparato sexual y reproductor. Así se refleja según internet, según los anuncios por palabras de los periódicos, o incluso las octavillas dejadas en los parabrisas de los coches o en los buzones de nuestras casas. Y en casi todos esos reclamos se nos prometen y garantizan curaciones rápidas para estas "dolencias".

Sin embargo, se supone que esta controversia debemos llevarla al terreno, mínimamente serio y riguroso, del buen hacer profesional y a eso nos dedicaremos en los siguientes párrafos.

Cuando se observa, estudia y analiza el paso de la enfermedad a la muerte de los varones europeos, se aprecian grandes diferencias para un mismo país que reflejan el impacto de bajos ingresos u otros factores ambientales, como por ejemplo la desigualdad de 10 años en la expectativa de vida de los varones del norte (centro de Glasgow) y del sur del Reino Unido (alrededores de Buckinghamshire)³. En el Estado español, la esperanza de vida 2004-2005 según el Instituto Nacional de Estadística varía entre comunidades autónomas y según el sexo, hallándose la disparidad mayor entre un varón de Andalucía, con 75,60 años de esperanza de vida, y una mujer de la Comunidad de Madrid, con 84,37 años (tabla 1). La esperanza de vida al nacimiento en las mujeres superaba en el año 2005 en España en más de 6 años a la de los varones. Aunque se hayan producido mejoras significativas para las edades más avanzadas, continúa aumentando la distancia intersexos; así, para el período 1981-2005, en el Estado español y para mayores de 65 años, la esperanza de vida aumenta 3,2 años en mujeres y 2,4 en

TABLA 1. Esperanza de vida 2004-2005

	Total	Varones	Mujeres
Estado español	80,23	76,96	83,48
Andalucía	78,83	75,60	82,11
Canarias	79,16	76,09	82,31
Cataluña	80,50	77,21	83,76
Madrid	81,39	78,12	84,37

Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁵.

TABLA 2. Esperanza de vida en varones y mujeres 1976-2005

Año	Varones	Mujeres
1976	70,40	76,19
1981	72,52	78,61
1986	73,27	79,69
1991	73,40	80,41
1996	74,53	81,70
2001	76,07	82,82
2005	76,96	83,48

Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁵.

varones. Este comportamiento se repite a escala europea, estableciéndose en alrededor de 8 años la diferencia de expectativa de vida entre varones y mujeres (tabla 2).

Todos estos datos se podrían interpretar como justificación para la teoría fatalista de la salud masculina basada en estrógenos frente a testosterona o la falta de un cromosoma X extra. A nosotros nos parece una explicación demasiado fácil cuando los profesionales de la salud, educadores y, especialmente, los políticos, desean evitar abordar a fondo los graves problemas en la salud masculina de los europeos. En una revisión de la bibliografía acerca del tema y por parte de la Agencia para el Desarrollo de la Salud en el Reino Unido, se llegó a la conclusión de que las características tradicionalmente masculinas, raramente se consideran cuando se planean servicios y, mucho más significativamente, todavía no hay una comprensión apropiada o definición de en qué consiste la salud masculina, lo que es una barrera para la previsión y dotación de servicios sanitarios⁴.

Finalmente, y cuando se comparan las cifras de fallecimiento entre varones y mujeres, según enfermedad causal, los varones parecen presentar un mayor porcentaje en todas las categorías, excepto para las enfermedades osteomusculares, de la piel y de los tejidos subcutáneos⁵. Por lo tanto, los varones parecen tener un riesgo mayor de presentar la mayor parte de patologías que causan la muerte, comparado con las mujeres. También, los varones tienen una mayor probabilidad de tener una muerte prematura que las mujeres, esta mayor probabilidad igualmente se cumple en la juventud masculina frente a la juventud femenina, para todas las causas de enfermedad y muerte.

Volviendo a la pregunta inicial, ¿también en salud hay diferencia de sexo?, y basándonos en lo argumentado, se puede afirmar que la salud masculina debe discriminarse como una salud de sexo. ¿Una litiasis biliar o renal tendrá un tratamiento distinto según la presente un varón o una mujer, y un traumatólogo debería tratar con distintos parámetros a un varón obeso que a una mujer obesa? Desde luego, éstas son

exageraciones irónicas e inaceptables, aunque en el fondo, seguro que desde un punto de vista fisiológico y constitucional, las diferencias existen.

¿QUÉ HACER?

A nuestro entender, debemos reivindicar que el varón, como objeto de salud, adquiera hábitos equiparables a los que las mujeres han adquirido en la segunda mitad del pasado siglo XX, hábitos respecto de su salud general, a partir de la consulta de su salud sexual y reproductiva, apoyándose en parte en la figura del ginecólogo. En tal sentido, la asunción por parte del varón de la importancia de consultar y confiar en el andrólogo, para cualquiera de las patologías eminentemente masculinas, es un reto, ya en marcha para médico y paciente, para lograr equiparar a los 2 sexos.

Desde el nacimiento hasta la vejez, pasando por el desarrollo prepupal, la adolescencia, la juventud y la madurez, el varón puede presentar alteraciones o disfunciones que deben contemplarse como propiamente masculinas. Así, entre la niñez y la adolescencia estarían el tamaño y forma de los genitales, la identidad sexual, los trastornos hormonales, el desarrollo corporal y el descenso testicular; en la juventud el rendimiento sexual, el culto al cuerpo, la anticoncepción, las alteraciones del deseo o el tamaño y la forma de los genitales, y en la madurez los controles prostáticos, las alteraciones del deseo, el comienzo del declive en muchas funciones físicas y psíquicas, y la suma de factores negativos asociados con la edad y la función sexual.

Según la Organización Mundial de la Salud⁶, la salud es algo más que la ausencia de enfermedad, y se podría definir la salud del varón como "...cualquier estado, condición o determinante que afecta a la calidad de vida de los varones y que requiere respuestas para que éstos disfruten de una óptima salud social, física y emocional". Como vemos, los puntos más importantes de esta definición que conciernen a la salud de los varones, consideran otros aspectos además de las enfermedades específicas de los órganos reproductivos del varón, ampliando nuestro campo de actuación y compromiso, tal y como venimos defendiendo.

¿CUÁL DEBE SER LA RESPUESTA SOCIAL Y PROFESIONAL A ESTA EVIDENCIA?

Para terminar, y a modo de conclusiones, debemos afirmar que la salud es una cuestión de sexo, que los estudios y análisis estadísticos muestran claramente las diferencias entre varón y mujer, que en el ámbito eu-

ropeo se observan además entre regiones y países según sea su grado de desarrollo, con una tendencia que señala hacia una mejoría de la salud y al aumento de la esperanza de vida, siendo éstas mayores en la mujer que en el varón.

Creemos que se debe implicar a todos los estamentos estatales y europeos en la consecución de una mejora de las condiciones para conseguir una buena salud del varón y, para ello, proponemos priorizar servicios de salud masculina, mejorar los ya existentes y promover nuevas vías para proveer servicios externos, como información para la salud, accesibles y sensibles con las necesidades de los varones. También debe reconocerse la salud masculina a través de los planes de las distintas agencias, entrenando y preparando a profesionales para las necesidades específicas de la salud del varón.

Debemos tener en cuenta que si los varones se encuentran en el lado “malo” de la mayoría de estadísticas en salud y expectativa de vida, una clínica de salud masculina tendría que contemplar una mejora en el estilo de vida, control de las enfermedades metabólicas, tratamiento de los problemas urogenitales y mo-

tivar a los varones de una forma efectiva mediante consejo y asesoramiento adecuados.

Por último, necesitamos una discriminación positiva en los servicios de salud para atender específicamente al varón. Esto en absoluto es una contradicción con que los programadores de la salud contemplen la salud sexual y reproductiva como un tema en el que están implicados varones y mujeres, como defienden todas las asociaciones profesionales de la denominada medicina sexual y reproductiva.

Bibliografía

- 1 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Tomo I. 22.^a ed. Madrid: Mateu-Cromo Artes Gráficas; 2001.
- 2 Disponible en: <http://www.menshealth.com>
- 3 Griffiths C, Fitzpatrick J. Geographical inequalities in life expectancy in the United Kingdom, 1995-1997. *Health Statistics Quarterly*. 2001; October: 12-28.
- 4 The Annual Report of the Chief Medical Officer at the Department of Health. London: Department of Health; 2001.
- 5 Instituto Nacional de Estadística. Distribución por capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades correspondiente a 2006. Datos provisionales. Notas de Prensa. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, España; 2007.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Carta Magna Constitucional de la OMS. Ginebra: WHO; 1948.