

# Los varones en las políticas de salud: ¿cuerpos invisibilizados?

## Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina

Mónica Opezzi; Carlota Ramírez  
Autor referente: mcramirez@gmail.com

Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén; Argentina.  
Ministerio de Salud de la Nación, Argentina  
FLACSO Argentina

### Historia editorial

Recibido: 21/05/2012  
Aceptado: 01/10/2012

### RESUMEN

El trabajo explora el lugar que la salud de los varones ocupa en las políticas sanitarias del subsector público de la Provincia del Neuquén, República Argentina. Describe las principales causas de morbilidad y mortalidad masculina y su relación con la Disfunción Sexual Eréctil. Analiza los discursos y los prácticos del personal médico y las prestaciones y servicios que el sistema de salud ofrece para el cuidado de la salud sexual de los hombres. Formula que el abordaje biomédico de la sexualidad masculina es

insuficiente para comprender la manera en que los hombres perciben y expresan su sexualidad y, contribuye a perpetuar modelo de masculinidad hegemónica y la exclusión de los varones de la atención sanitaria. Señala la centralidad del enfoque de género en el análisis de los problemas de salud y en la formulación de políticas sanitarias y la necesidad de incorporar las necesidades de los hombres al programa de salud sexual y reproductiva.

**Palabras clave:** Políticas de salud; Masculinidades; Salud sexual y reproductiva.

### ABSTRACT

The article explores the place that men's health has in health policies in the public subsystem of care in the Province of Neuquén, Republica Argentina. It describes the leading causes of morbidity and mortality among men and its relationship with Sexual Erectile Dysfunction. It analyzes medical discourses and practices and the health services available to care for men's sexual health. The article states that biomedical

model is insufficient to understand the way in which men perceive and express their sexuality, and contribute to perpetuate hegemonic masculinity and to exclude man from medical care. The article draws attention to the centrality of the gender perspective in the analysis of health problems and in the formulation of health policies and the necessity to incorporate men's needs in the Sexual and Reproductive Provincial Program.

**Keywords:** Health Policies; Masculinities; Sexual and Reproductive Health

La incorporación del género como categoría analítica para el estudio de los problemas de salud y enfermedad, permitió visibilizar el impacto que las relaciones de desigualdad entre varones y mujeres tienen en la construcción social de los problemas de salud y, el carácter diferencial para cada uno de ellos. Los estudios sobre la masculinidad, impulsados en las últimas décadas desde un marco teórico feminista, han demostrado que la salud de los varones está fuertemente determinada por valores matrices con los que construyen su corporalidad y subjetividad: autosuficiencia, afrontamiento temerario del riesgo, omnipotencia, negación de la vulnerabilidad, dureza, represión emocional, autoridad sobre las mujeres y valoración de la jerarquía, características todas que los exponen a un mayor riesgo de enfermar y morir (Connell, 2000; Courtenay, 2000; Keijzer, 2001). Tanto en Argentina como en América Latina, existe un creciente interés en comprender el impacto que la construcción subjetiva de la masculinidad tiene en la salud de los varones. Sin embargo son escasos los estudios que, desde la perspectiva de los prestadores de servicios, den cuenta del lugar que los varones ocupan en las políticas sanitarias y como estas perciben sus problemas de salud. Esta ponencia propone precisamente, indagar la atención de la salud sexual y reproductiva de los varones en el subsector público de salud en la Provincia de Neuquén, Argentina, con particular énfasis en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, que constituye el espacio programático desde el cual se formulan e implementan en forma transversal con otros programas, las acciones que atiendan la salud sexual y reproductiva de la población.

## 1. La Provincia de Neuquén

### 2.1. Contexto demográfico

Neuquén es una provincia situada en el extremo Noroeste de la Región Patagónica de la República Argentina; abarca una superficie de 94.078 km<sup>2</sup>, que representa el 3,38% de la superficie de misma. De acuerdo a los datos provisorios del censo del año 2010 la población total es de 550.344 habitantes, lo que representa el 1.3% de la población total del país; 276.030 son mujeres y 274.306 son varones; el índice de masculinidad<sup>i</sup> es de 99.4. La provincia presenta una fuerte concentración urbana, calculándose la misma para el año 2009 en alrededor de un 90%.

La estructura de la pirámide poblacional es de tipo pagoda, con base ancha y que disminuye rápidamente hacia el vértice. La edad media de la población es de 28.18 años. El índice de envejecimiento es de 16.28 (hay 16 mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años). La tasa de natalidad es de 16.8; menor que la del total del país que es de 18.2.

### 2.2. Organización sanitaria provincial

Al igual que el resto del territorio nacional, el sistema de salud Neuquino está integrado por tres subsectores: público, privado y de obras sociales. El subsector público local está organizado en 6 Regiones Sanitarias que cubren la totalidad de las localidades de la provincia<sup>ii</sup> a través de una red de Hospitales y Centros de Salud<sup>iii</sup>.

La situación de salud de la población a fines de la década del 60 y comienzos del 70 presentaba indicadores muy preocupantes: elevada mortalidad infantil (108,5‰), elevada mortalidad general (10,4‰); alto porcentaje de mortalidad entre 0 y 4 años

(42%) y su consiguiente baja en la esperanza de vida, y altos índices de tuberculosis y patologías inmunoprevenibles.

Toda esta situación epidemiológica se daba en un contexto de escasos recursos humanos capacitados e insuficiente estructura edilicia para dar respuesta a las demandas de la población.

Para enfrentar esta situación en la década del '70 el gobierno provincial inicia un proceso de reorganización sanitaria implementando una política pública basada en la estrategia de la atención primaria, privilegiando la promoción y protección de la salud, la atención médica básica y el saneamiento del medio. Se formula un Plan Provincial de Salud y se reorganiza la estructura administrativa, con el objetivo de construir un modelo organizacional regionalizado e integrado, a través de una red de establecimientos de niveles de complejidad creciente agrupados en zonas sanitarias, y de esta manera abarcar a toda la población.

Desde esa década al día de hoy, la política sanitaria ha sido una prioridad de los sucesivos gobiernos; la garantía de la igualdad de oportunidades, la equidad, y la accesibilidad a los servicios de atención se consideran prioridades para enfrentar los problemas de salud/ enfermedad/ atención.

La evolución positiva de algunos de los indicadores básicos es una muestra de esa decisión política: de una mortalidad infantil en los '70 de 108.5‰, a una de 7.3‰ en el año 2009; de una tasa de mortalidad general de 11‰ en 1970 a una de 4.6‰ en el 2008; en cuanto a la mortalidad materna en el año 2010 hubo 3 mujeres muertas por cada 10.000 mujeres, una de las tasas mas bajas del país. En cuanto a los partos domiciliarios se paso de un 25% en 1970 a un 0.2% en 2009.

### 2.3. Los derechos Sexuales y reproductivos en las políticas sanitarias

En el año 1997 la Legislatura Provincial promulga la ley N° 2222 de Promoción y Garantía de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres y Hombres. Una característica notable de esta ley es que su contenido refleja las recomendaciones emanadas de las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas, tanto la de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (Egipto, 1994), como la IV Conferencia sobre la Mujer (Beijing, 1995), conceptualizando la Salud Sexual y Reproductiva en el marco de la equidad y de los derechos humanos y garantizando, tanto la promoción de la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, como el ejercicio de una sexualidad y reproducción saludables, libres y seguras. De acuerdo al texto de la ley, la Subsecretaria de Salud es el órgano de aplicación de la misma. En octubre de 1998 el Poder Ejecutivo Provincial a través del Decreto N° 3331 reglamenta a la misma; convirtiéndose así en una de las primeras provincias de la Argentina en incorporar la salud sexual y reproductiva a la agenda y a las políticas públicas.

Es interesante resaltar que dicha Ley, así como su decreto reglamentario fueron elaborados con la participación de varios organismos gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales que trabajaban activamente en la temática mujer.

En el año 2002 se formula el Programa Provincial Intersectorial de Salud Sexual y Reproductiva en el que se plantean diferentes acciones y actividades, las cuales tienen como destinatarios/as a los/as agentes de los organismos gubernamentales, no gubernamentales y a la sociedad civil en general. Posteriormente, en el año 2003 con la aprobación de la ley N° 2431 se incorpora la anticoncepción quirúrgica a las

prácticas anticonceptivas incluidas en la ley N° 2 222. Estos marcos anteceden en varios años a la sanción de una ley nacional de Salud Sexual y Reproductiva.<sup>iv</sup>

En el año 2006 se reforma el texto Constitucional Provincial, y como resultado de la participación del movimiento de mujeres, y del asesoramiento por parte del Programa a los/as constituyentes, se logra incorporar al nuevo texto los derechos sexuales y reproductivos, la perspectiva de género y la igualdad de oportunidades.

En el año 2007 el organismo provincial de Salud dicta una Ordenanza Ministerial (N°1380) por la cual se aprueban los procedimientos contemplados en el artículo 86, inc. 1 y 2 del Código Penal Nacional, referidos a las causales de aborto no punible, siendo una de las tres jurisdiccionales del país que aprueban esos procedimientos.

Sin embargo, a más de una década de la sanción de la ley provincial y de la implementación de políticas públicas en la materia, la atención de la salud sexual y reproductiva de los varones es escasa, limitada a prestaciones aisladas y no se encuentra integrada a la agenda de dicho programa.

### 3. La estructura programática: una aproximación al lugar que ocupan los varones en las políticas y en los programas sanitarios

Para indagar el lugar que ocupan los varones en los servicios de salud partimos de reconocer que la estructura programática del sector público es un espacio privilegiado para la observación, ya que es allí donde se organizan las prestaciones y servicios de atención y donde se ordenan las respuestas a las necesidades y demandas de la población a través de los diferentes niveles de complejidad. Por las características del sistema sanitario neuquino, que se organiza alrededor de la promoción y prevención, los distintos programas sanitarios -incluyendo el Programa

de Salud Sexual y Reproductiva-, dependen de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud, que es la responsable de centralizar y coordinar las distintas actividades<sup>v</sup>. Una primera aproximación a la sensibilidad de género de estos programas permite establecer que la mayoría de ellos no incorpora esta perspectiva ni en la formulación de los mismos, ni en sus objetivos, y tampoco en las acciones programadas<sup>vi</sup>.

En el caso particular del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, si bien en su formulación se incorpora la perspectiva de género como un lineamiento político, en la práctica institucional la salud sexual y reproductiva se reduce –prácticamente- a la provisión de anticonceptivos y a la atención de la salud reproductiva de las mujeres, con una escasa participación de los varones en las decisiones que hacen a la procreación. Un caso paradigmático es, quizás, la anticoncepción quirúrgica. Esta práctica fue incorporada a la gama de métodos anticonceptivos a partir del año 2003, sin embargo hasta mediados del año 2010, se llevan practicadas 1273 ligaduras tubarias, y 105 vasectomías<sup>vii</sup>. A esta situación contribuyen no solo los mitos y creencias de los/as usuarios/as acerca del impacto negativo de esta práctica sobre la “virilidad”, sino también el fuerte rechazo que muestran los cirujanos generales a practicarla, lo cual limita significativamente la accesibilidad a esta prestación. En la provincia de Neuquén son solo las mujeres cirujanas quienes la realizan, dato particularmente interesante cuando se considera que la relación entre mujeres y varones cirujanos generales en esta jurisdicción es de 1 a 5.

El caso de la anticoncepción quirúrgica es un ejemplo que permite ilustrar la brecha que existe entre lo que se afirma a nivel discursivo- la salud sexual y reproductiva es un derecho de varones y mujeres- y la manera en que esta premisa se traduce en

las practicas de los equipos de salud. Un breve recorrido de los procesos de implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva a nivel global y local permitirá reconocer -y revisar-, los mecanismos que han llevado a privilegiar la salud reproductiva por sobre la salud sexual priorizando la salud de las mujeres y excluyendo a los varones de sus prácticas y discursos.

La incorporación de la salud sexual y reproductiva a las políticas de salud, que en la Argentina es un fenómeno relativamente reciente, ha sido el resultado del activismo del movimiento global de mujeres que organizadas en redes transnacionales incluyeron esta temática en la agenda política internacional. Las reuniones internacionales sobre derechos de las mujeres celebradas en las décadas del '70 y del '80 ofrecieron un terreno fértil para que el activismo feminista construyera consensos y consolidara las acciones que finalmente permitieron en la década del '90 el reconocimiento explícito de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como parte fundamental de los derechos humanos. Si bien durante esos años se lograron algunos tímidos avances<sup>viii</sup>, hasta 1993 el discurso de los derechos sexuales y reproductivos no tuvo un reconocimiento explícito, manteniéndose dentro de los límites del matrimonio heterosexual y de la reproducción. Es recién en 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en Cairo que la salud sexual y reproductiva comienza a introducirse como algo positivo y como un aspecto fundamental de la sociedad humana que contribuye al desarrollo.

Diana Maffia (2004) afirma que tanto la declaración de Cairo, como la de la conferencia de Beijing en 1995, representaron un punto de inflexión, "un giro copernicano" en la construcción de discursos acerca de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, ya que es a partir de ese momento que ellas dejan de

ser objeto de las políticas (sanitarias, demográficas, etc.) para constituirse en sujetos de derecho.

“La incorporación de “lo sexual” al discurso de los derechos humanos generó a su vez una brutal resistencia de sectores fundamentalistas, los que significaron complejos procesos de negociación y consenso durante los cuales el reconocimiento de los derechos de las mujeres, se centraron en la prevención contra el abuso y la violencia sobre los cuerpos femeninos, más que en el reclamo de los mismos al placer y a la autonomía en el ejercicio de la sexualidad. Este desarrollo llevo a una subordinación de la sexualidad a la reproducción y a una cierta asimilación de ambos términos” (Petchesky, 2002).

En la Argentina, este sesgo en los discursos acerca de la salud sexual y reproductiva se han expresado en el desarrollo de programas locales, orientados prioritariamente a la distribución de métodos anticonceptivos y a la creación de servicios de consejería sobre anticoncepción dirigidas a las mujeres. Más allá del reconocimiento formal de los derechos sexuales y reproductivos de varones y mujeres, el modelo implementado en las distintas jurisdicciones ha terminado reforzando los estereotipos de género que suponen una paternidad optativa, mientras la maternidad se considera obligatoria. Al excluir a los varones de la atención a la salud reproductiva y al relegar la sexualidad a un lugar secundario, se promueve también un ocultamiento de las relaciones de poder que se juegan entre los géneros y que impactan en el cuidado de la salud reproductiva y en el ejercicio de una sexualidad plena y responsable, tanto para sí como para la compañera o el compañero sexual.

#### 4. La transición epidemiológica y la salud de los varones.

A mediados del siglo XX la Argentina inició el proceso de transición epidemiológica en el cual como resultado de una mejora en el nivel de vida de algunos sectores de la población, las enfermedades crónicas comienzan a tener más peso que las transmisibles.<sup>ix</sup> En la actualidad las enfermedades no transmisibles, cardiovasculares, tumores y accidentes representan más del 60% de las muertes en todo el país. Estas enfermedades no solo constituyen la principal causa de mortalidad sino que contribuyen en gran medida a la pérdida de años potenciales de vida<sup>x</sup>. Se estima que la tendencia al aumento de las enfermedades no transmisibles sobre otras causas de muerte se mantendrá en los próximos años en los países en desarrollo, y se calcula que en el 2020 un 75% del total de las muertes serán atribuibles a este tipo de entidades<sup>xi</sup>. En la provincia del Neuquén el comportamiento de la morbimortalidad acompaña el patrón de la transición epidemiológica que se registra a nivel nacional.

##### 4.1. Las estadísticas de salud de la provincia

Para este apartado se seleccionaron algunos indicadores de uso habitual en salud relacionados a la morbimortalidad, cuyas fuentes fueron los informes de estadísticas vitales y de producción hospitalaria correspondientes a los años 2006, 2007 y 2008 de la Subsecretaría de Salud.<sup>xii</sup> De dicha información se destaca que la esperanza de vida y el riesgo de morir se muestran desfavorables para los varones en relación a las mujeres. En la provincia del Neuquén la esperanza de vida al nacer para ambos sexos es de 71,39 años; sin embargo, las mujeres tienen 5,6 años más de

vida que los varones. En ese trienio el 56% de las defunciones correspondió a varones; en números absolutos significaron 1216 muertes más en este grupo. (4368 varones, 3152 mujeres).

En cuanto a las principales causas de muerte por edad en el sexo masculino, en el grupo de mayores de 40 años, fueron: tumores, enfermedades circulatorias, diabetes mellitus, afecciones hepáticas crónicas y enfermedades infecciosas. Entre los tumores el cáncer de próstata es el 3ro en importancia. Por otro lado en los menores de 40 años las primeras dos causas de muerte están relacionadas con el trauma y las lesiones por causas externas.

La información referida a egresos hospitalarios en varones mostró una distribución heterogénea por grupo de edad: el grupo de menores de 15 años (37%) y el de 40 años y más (40%) representan aproximadamente el 80% del total de egresos. El 20% restante lo componen los varones de 16 a 39 años. En los egresos correspondientes al grupo de 40 a 70 años, 52% de los mismos corresponden a patologías relacionadas con las primeras causas de muerte: tumores, endocrinas, nutricionales y metabólicas, circulatorias, respiratorias, digestivas y hepáticas<sup>xiii</sup>.

Desde el punto de vista de la oferta de servicios relacionados a la salud sexual y reproductiva, si bien esta forma parte del abordaje integral de los equipos de salud, la atención de problemáticas específicas que requieren la atención de especialistas muestra marcadas diferencias según se trate de varones y mujeres. En el subsector público de la Provincia, la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres cuenta con diversas especialidades tales como: ginecología, toco-ginecología, obstetricia, patología cervical, patología mamaria, sumando un total de 72 profesionales, mientras que para la atención de la salud de los varones solo se

cuenta con dos urólogos, de los cuales solo uno tiene dedicación exclusiva al sistema, y se encuentra en el Hospital de mayor complejidad de la provincia, lo que dificulta la accesibilidad geográfica.

##### 5. El género de los indicadores o varones sin género

Considerando esta breve descripción del perfil de morbimortalidad en varones, y en el marco de este análisis, es necesario señalar que las principales causas de muerte y enfermedad - enfermedades circulatorias, diabetes mellitus, enfermedades hepáticas, obesidad, alcoholismo, entre otras patologías-, tienen un impacto negativo en la actividad sexual de los varones, ya que la enfermedad misma, sus secuelas o los efectos secundarios de los tratamientos están asociados a la aparición de disfunciones sexuales eréctiles. Que esta relación sea visible o no, dependerá en la medida en que la misma sea construida por el discurso técnico-político; discurso que se materializará en políticas sanitarias formuladas a partir de la mirada epidemiológica, la que dependiendo del paradigma en el que se sustente, proporcionara conceptos, variables y técnicas para explicar las causas de los problemas de salud.

En la actualidad coexisten dos paradigmas: uno biomédico y otro sociocultural. El primero “pone el énfasis en los análisis cuantitativos, obteniendo conclusiones causales a partir de datos empíricos puramente observacionales” (Diez, 2007). Hay una sofisticación de los métodos estadísticos usados para la elaboración de modelos de detección de riesgos, los cuales tienden a ser incorporados soslayando los factores sociales, políticos y culturales. Desde una perspectiva diferente, el modelo sociocultural aparece bajo la forma de variables tales como el nivel socioeconómico,

la raza y los estilos de vida. Las medidas de intervención que se desprenden del mismo buscan controlar los factores de riesgo a través de la modificación de estilos de vida.

Más allá de las diferentes concepciones, ambos abordajes se caracterizan por tener una visión reduccionista de los determinantes de la salud, dado que enfocan el cambio a partir de señalar las consecuencias negativas de una determinada conducta o estilo de vida considerados de “riesgo”. A tal fin, se construyen “grupos de riesgo, definidos como aquellos perfiles humanos a los que se les atribuye una mayor probabilidad de contraer enfermedades o de morir prematuramente, en comparación con la población en general” (Lurbe, 2005). Esta construcción de los grupos de riesgo –a modo de fichero de anomalías- descontextualiza al riesgo de su relación con el medio y descuida la comprensión de los las relaciones de poder que inciden en la salud de las personas<sup>xiv</sup>.

Estas formas de construir la enfermedad excluyen del análisis las dimensiones simbólica, cultural y económica a partir de las cuales los varones y las mujeres construyen su corporalidad y su subjetividad. En el caso particular de los varones existe en la actualidad un creciente número de estudios e investigaciones que permiten afirmar que la masculinidad tradicional como ideal al que se aspira, y alrededor del cual se organiza las conductas y se establecen los vínculos, constituye un riesgo para la salud y la vida (Aguirre y Guell, 2002).

A pesar que actualmente existe consenso en la importancia de incorporar la perspectiva de género al análisis de los problemas de salud, la inclusión de este enfoque tanto en el análisis de los procesos de salud y enfermedad como en la formulación de políticas es todavía una asignatura pendiente<sup>xv</sup>.

## 6. Silencios y discursos acerca de la salud sexual de los varones: Un problema frecuente: la Disfunción Sexual Eréctil (DSE)

Las patologías que representan las principales causas de muerte y enfermedad de varones en la provincia de Neuquén - enfermedades cardiovasculares, presión arterial alta, colesterol elevado, diabetes mellitus<sup>xvi</sup> - como los tratamientos para el cáncer de próstata y algunos medicamentos antidepresivos o para la presión alta, ciertas conductas y estilos de vida asociados a la masculinidad, el consumo excesivo de drogas y alcohol, tabaquismo, vida sedentaria, malos hábitos alimenticios y obesidad tienen el denominador común de estar asociadas a la probabilidad de padecer alguna forma de disfunción sexual eréctil (DSE).

Desde el punto de vista clínico, se ha demostrado que esta condición (DSE) constituye uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en varones mayores de 40 años; además la misma puede comportarse como un síntoma centinela de otras enfermedades subyacentes, o estar relacionada a un efecto adverso medicamentoso. A pesar de las consecuencias negativas que la DSE representa para un ejercicio saludable y placentero de la sexualidad, esta no aparece enunciada como problema en la formulación de políticas ni en las prácticas de los equipos de salud de la provincia. A continuación se analizarán dos aspectos de esta problemática que nos parecen relevantes para avanzar en la comprensión de esta situación paradójica.

En primer lugar, la construcción que el discurso médico hace de la disfunción sexual eréctil modela la respuesta que este, a su vez, ofrece. La DSE se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria. Es evidente que en esta

enunciación –ampliamente aceptada en el ambiente médico- se restringe el placer sexual a la capacidad de erección del pene, reduciendo el acto sexual al coito con penetración.

De acuerdo con lo expresado por Zavala y Herrera (2009) se podría señalar que el modelo biomédico ha “depositado” la salud sexual en partes concretas del cuerpo, normatizando su funcionamiento como saludable o no saludable, y reduciendo la salud sexual de los varones al funcionamiento eréctil del pene. El campo de la sexualidad masculina se concentra así en el funcionamiento correcto de un órgano físico y específico, que queda a su vez sujeto a la vigilancia médica.

No sería desacertado afirmar en este punto, que este abordaje reduccionista y biológico de la salud sexual de los varones produce un desconocimiento en los equipos de salud acerca de la manera en que los hombres perciben, procesan y solucionan las problemáticas vinculadas al ejercicio de su sexualidad. Entrevistas con profesionales del sistema público provincial realizadas en el marco de esta presentación, permiten ilustrar algunos de los silencios acerca de la sexualidad de los varones que aún persisten en la consulta clínica. En este ámbito las preguntas acerca de la vida sexual de los pacientes no constituyen una práctica habitual: “...de eso (la sexualidad) no se habla, y a nosotros mismos no nos resulta fácil, preguntamos si fuma o no fuma, pero no preguntamos por su vida sexual, no es una cosa que resulte cómoda. A lo mejor en las siguientes consultas...”<sup>xvii</sup>. Otro de los profesionales entrevistados afirmó que “los pacientes no consultan a menudo por ello (DSE) y los médicos raramente interrogan sobre aspectos de la sexualidad de las personas”<sup>xviii</sup>.

En algunas especialidades la salud sexual es incorporada a la consulta pero siempre dentro del marco biomédico: *“Se habla del tema como de otros tópicos inherentes a su patología cardiovascular y a la medicación y sus efectos.”*<sup>xix</sup> En los servicios de salud mental las demandas relacionadas con la sexualidad masculina son escasas y en general son referidos por alguna especialidad: *“...vienen derivados por medicina general o clínica médica, y es por alguna dificultad en el coito....el caso de los pacientes derivados que tienen una cardiopatía, bueno a veces vienen...”*<sup>xx</sup>.

El desconocimiento de los problemas de salud sexual que afectan a los varones se manifiesta también a nivel institucional especialmente en la ausencia de políticas que aborden los problemas asociados a la sexualidad masculina, ya sea desde el propio programa de Salud Sexual y Reproductiva, como de otros que específicamente se ocupan de la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles que muy probablemente acarreen dificultades para un placentero ejercicio de la sexualidad en los hombres. Para algunos, si bien la DSE es reconocida como un problema de salud, no se la considera una prioridad de las políticas: *“...es por lo menos, mi impresión, que ante la magnitud de los problemas de salud / enfermedad no resueltos aun desde el adulto/ adulto mayor, algunos ni siquiera formulados, pensar en la DSE, puede tomarse como un problema no prioritario”, “No es considerada, a mi criterio, un problema que sea jerarquizado en la actualidad como problema de salud de la población. Quizás esa realidad responda a dos orígenes: nadie se muere, ni se considera enfermo por tener DSE, y la segunda podría ser que tiene que ver con el placer de las personas y el concepto de salud y bienestar parecería no ir de la mano, desde nuestra concepción de la salud de las personas”*<sup>xxi</sup>. Sin embargo, para el Director de Salud provincial, el análisis de

los motivos de consulta que han comenzado a relevarse recientemente, podría indicar un aumento de consultas relacionadas con la disfunción sexual, y por lo tanto la necesidad de un abordaje más activo de esta problemática.

De las entrevistas realizadas se desprende que la incorporación a la consulta médica de cualquier temática relacionada con la sexualidad resulta sumamente problemática para el personal de salud ya que implica indagar acerca de aspectos de la vida de las personas que escapan al ámbito de lo estrictamente biomédico y que hacen referencia a identidades de género que escapa en muchos casos a la lógica heterosexual: *“...imagínate si es un tabú hablar de sexualidad, hablar de esto...(hombres que tiene sexo con hombres) uno asume que son todos normalitos. Es más, hasta es molesto preguntarlo cuando aparece un herpes anal...”*, *“a los pacientes crónicos raramente le preguntamos sobre su vida sexual, yo no he tenido varones que consulten por falta de deseo...”<sup>xxii</sup>*; *“no hay dispositivos para eso, se desarmarían, imagínate, si les cuesta hablar ahí, hay que disfrazarlo mucho. Disfrazarlo porque los varones no se sienten convocados a esto por lo menos desde salud mental no hay dispositivos, solo cuando aparece la demanda...”<sup>xxiii</sup>*.

El segundo aspecto relevante en el análisis de la falta de respuesta del sistema de salud a la problemática específica de la DSE, es la carencia de estudios epidemiológicos que den cuenta de su magnitud y prevalencia<sup>xxiv</sup>. La revisión de la literatura existente en la materia, realizada por las autoras de este trabajo identificó un solo estudio epidemiológico que da cuenta del problema, el *Massachusetts Male Aging Study*. En él se encuestaron, entre 1987 y 1989, 1709 hombres de entre 40 y 70 años residentes en el área metropolitana de Boston. La prevalencia arrojada por este estudio fue del 52%, con un 9.6% de los encuestados que comunicó DSE

completa. Posteriormente, en 2000, la prevalencia global de DSE se reestimó en 44%<sup>xxv</sup>. De este estudio resultaron también dos cuestionarios específicos para trabajar en la consulta médica los problemas de la función eréctil: el Índice internacional de la función eréctil y el Índice de salud sexual para el varón; ambos tienen la ventaja de ser test simples y rápidos, que proporcionan un instrumento diagnóstico ágil, con la gran ventaja que los hombres pueden completar las preguntas sin la presencia del médico. Ninguno de ellos es utilizado en la provincia. Tampoco se encontraron en la revisión de la literatura científica realizada, estudios correspondientes a la Argentina u otros países de la Región que indaguen acerca de la DSE, ni de su prevalencia o magnitud. Todos los y las profesionales entrevistados informaron desconocer la existencia de los mismos, tanto a nivel internacional como nacional o provincial.

La ausencia de datos que den cuenta de la magnitud y la prevalencia de las disfunciones sexuales en los varones contribuyen en parte a la falta de políticas y acciones específicas. Por otro lado, “la lógica que organiza los sistemas de salud, y dentro de cuyo marco se definen, priorizan y formulan los problemas de salud no contempla tampoco un análisis interpretativo de los síntomas biológicos. Hacerlo involucraría necesariamente la articulación con sectores no sanitarios y saberes no médicos, prácticas que no son familiares en el ámbito sanitario” (Colomer, 2007).

Es así que en el campo particular de la salud sexual y reproductiva el discurso médico se ha dedicado a privilegiar la salud reproductiva despojándola de toda relación con la sexualidad, reduciendo los procesos reproductivos a la supervivencia del infante y a las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio,

eliminando a los varones de toda práctica relacionada y, desconociendo otros determinantes sociales de la salud.

Frente a este abordaje restrictivo de la salud sexual y reproductiva, es interesante recordar que la OMS ha definido “la salud sexual como un derecho humano básico que incluye la capacidad para disfrutar y controlar la conducta sexual, la libertad para que no se inhiba la respuesta sexual ni se perjudique la relación sexual por temor, vergüenza, sentido de la culpa, falsas creencias u otros factores así como la libertad para que las enfermedades orgánicas y otras deficiencias no interfieran con la función sexual ni reproductiva (World Health Report; 1999). Desde este marco, la OMS reconoce la DSE como un problema de salud con el mismo grado de discapacidad y severidad que la artritis reumatoide y la angina de pecho.

#### 7. De la Disfunción Sexual Eréctil solo hablan Pzifer y Bago.

De las opiniones expresadas por los/as entrevistados/as, así como de la descripción del lugar que ocupan las DSE en las políticas sanitarias se desprende –en principio– que para el personal de salud se trata de un problema poco valorado y para el cual no se han creado dispositivos *“cuando uno pregunta , en general , tiene que tener respuestas , y a veces no se pregunta, porque no se tienen estas respuestas (desde el desconocimiento del profesional tratante con respecto a conductas a tomar, ofertas de tratamiento”*, y pareciera subestimado por los usuarios al momento de la consulta médica, quienes quizás, verbalizarían este problema si el mismo formara parte de la anamnesis.

Paradójicamente, también de las respuestas de los propios actores del sistema de salud se percibe que las DSE no representan un problema menor para los varones;

y que esta aparece tímidamente y de manera elíptica en la respuesta que se ofrece a este problema: la prescripción de medicamentos. *“...mi respuesta... es sildenafil...para ellos (los hombres que consultan), lo que es el acto sexual, la penetración, para eso concreto que es terminar como ellos quieren, para eso el sildenafil es muy útil.”<sup>xxvi</sup>; “pero bueno tampoco hay que hostigar a alguien para que hable de lo que no quiere, por eso es un recurso la medicación. Es un recurso que le permite llevar a cabo la erección, el coito, más bien la penetración”<sup>xxvii</sup>; .en realidad lo que pasa ahora es que ya no vienen a consultar, van a la farmacia y lo compran (Sildenafil) ...y como les sirve se perpetua esa forma de resolverlo”<sup>xxviii</sup> .*

La declaración de la prescripción de medicamentos para reducir los problemas de la función eréctil en el discurso de los efectores sanitarios, no se produjo en forma inmediata. La indicación del uso de drogas por parte de los profesionales médicos aparece como una práctica no explícita, algo que resulta paradójico, frente a la circulación en el mercado farmacéutico formal o informal de los mismos. La información y la oferta de drogas para solucionar las dificultades propias de las erecciones peneanas hoy en día circulan en forma masiva por Internet.

Los laboratorios que fabrican y producen estas drogas –Pfizer (viagra) y Bago (ciallis)- exponen resultados y beneficios casi “mágicos”: *mayor potencia sexual, firmeza y dureza del pene, múltiples orgasmos, deseo sin límites; previo a la ingesta del medicamento no hace falta disminuir el consumo de grasas o de alcohol*<sup>xxix</sup> .

La utilización de drogas para solucionar los problemas asociados a la función eréctil, ya sea por causas subyacentes a un problema de salud crónico, o por consumo con el fin de lograr mayor goce para conseguir erecciones más rápidas o para “mejorar” la performance sexual, se ha incrementado notablemente desde la aparición del

sildenafil en el año 1998, año en que el laboratorio Pfizer lo presenta en el mercado, luego de ser aprobado por la Food & Drug Administration (FDA) de Estados Unidos.

Desde 1998 en adelante el uso del sildenafil ha ido incrementándose, y a la vez han aparecido otras drogas las cuales son usadas en general en forma imprudente, sin prescripción médica y/o control farmacéutico. Es más, son escasos los estudios clínicos que den cuenta de la mortalidad asociada al uso de estas drogas, ya sea por el subregistro de acciones fatales adversas y/o por la falta de estudios fármaco epidemiológicos que evalúen la incidencia de estos eventos en los consumidores.

Frente al avance en el consumo de esos medicamentos, en Argentina la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Maimonides realizó un estudio en el año 2008, cuyo objetivo fue “actualizar los datos del estudio iniciado en 2006 sobre consumo exagerado e inadecuado de erectores peneanos”, se concluyó que: “El sildenafil, cuando apareció en 1998, ocupó el puesto 75 entre los medicamentos más vendidos en Argentina durante 2006. En 2008 fue número 22. Su facturación fue de 20 millones de pesos anuales, sin considerar la venta marginal; constituye el 3.6% del mercado. Al año de su lanzamiento lo consumía el 0.8% de la población, a los diez años (2008) cerca del 2,5%, un millón de personas.

Se demostró también que el consumo no es solo entre adultos, sino también en menores de 21 años que quieren mejorar su rendimiento sexual.

Puede afirmarse que al menos 3 de cada 10 comprimidos de “viagra” los consumen menores de edad. Cincuenta por ciento (50%) más que en el estudio de 2006. La cifra podría incrementarse cuando se considera la venta marginal y sin receta en bares, boliches bailables e Internet” (Melito y Peretta, 2009).

## 8. Orden de género y sexualidad

De lo expuesto se desprende que la biología resulta insuficiente para abordar el análisis de la salud sexual masculina, y en particular la DSE. Para esto es necesario trascender el modelo médico incorporando otros saberes que permitan ponerle palabras a aquello que el saber médico excluye. El “decir” acerca de la sexualidad no alude solamente al cuerpo biológico sino que hace referencia a una construcción histórica que organiza un orden de género en los cuales los cuerpos y sus prácticas están involucrados como sujetos y objetos simultáneamente (Connell, Op. Cit). Una breve indagación realizada en el marco de este trabajo permitió relevar las concepciones que los y las médicos/as tienen acerca del cuerpo, y que según sus propias expresiones definen como: *“es lo que toco para revisar a los pacientes”*; *“es lo que te da la naturaleza”*; *“es eso, un cuerpo, no sé qué más”*; *“un conjunto de células organizadas que según su especialización conforman órganos, que se organizan en sistemas o aparatos para cumplir las funciones de supervivencia y reproducción”*. En parte por su formación y una multiplicidad de otras razones -que exceden el espacio y objetivo de esta presentación- estos/as profesionales tienden a reducir la corporalidad humana a su realidad biológica, desconociendo la dimensión social que la conforma, al tiempo que carece de las herramientas conceptuales que permitan abordar cuestiones tan complejas como la sexualidad humana, *“que una mujer sea asidua concurrente para atender su salud reproductiva no cambia demasiado que los ginecólogos conozcan de su sexualidad....no es un ítem preguntar sobre el placer...”<sup>xxx</sup>*

En las últimas décadas las ciencias sociales, la medicina social y otras disciplinas como la antropología médica, la psicología, etc., han favorecido la complejización y

problematización de los procesos de salud y enfermedad y de los cuerpos que las expresan. Desde estas nuevas miradas el cuerpo no es entendido solamente como una categoría biológica, o sociológica, “sino más bien como un punto de superposición entre lo físico, lo simbólico y lo sociológico” (Braidotti, 2000). La enfermedad puede así ser considerada como una forma de comunicación, definida como “el lenguaje de los órganos, a través de los cuales la naturaleza, la sociedad y la cultura, hablan simultáneamente” (Scheper-Hughes, N y Lock M; 1987). Sontag también ha descrito la enfermedad como metáfora que expresan creencias, actitudes y normas culturales (Sontag, 2003).

Los estudios de género, por otro lado, han contribuido en gran medida a comprender la complejidad de los factores que inciden en los procesos de salud y enfermedad y a explicar las desigualdades en los perfiles morbimortalidad de hombres y mujeres. Los procesos de socialización de los varones que valorizan como atributos exclusivos de la masculinidad la fortaleza física y emocional, la autonomía y autosuficiencia promueven valores y conductas que operan y limitan en gran medida la posibilidad de reconocer la propia vulnerabilidad y la búsqueda de ayuda. El cuidado del cuerpo y de la salud tanto física como emocional, son conductas culturalmente asociadas a la feminidad, y que deben ser por lo tanto evitadas en el ejercicio de la masculinidad. Desde este punto de vista, la falta de visibilidad de las disfunciones sexuales masculinas –como un problema menor frente a otras dolencias de la enfermedad de base- en el ámbito sanitario sería, en parte, consecuencia de la dificultad de los varones para reconocerlas como problema de salud y comunicarlas a los prestadores de servicios.

El relato de los profesionales de la salud ilustra claramente la dificultad que tienen los varones para hablar de salud sexual en la consulta clínica: “...cuando *aparece (la DSE) está muy disfrazada en el desgano, en el mal humor, en la tristeza, aparece con toda la sintomatología de la angustia...*”<sup>xxxii</sup>. Cuando consultan por motivos ligados a su vida sexual lo hacen de manera encubierta: “...*la consulta más frecuente tiene que ver con alguna enfermedad...después existe una consulta que tiene que ver con la disfunción eréctil, y viene enmascarada por otra, yo recuerdo un único caso que se sentó y lo dijo...*”<sup>xxxiii</sup> La demanda acerca de la sexualidad de los hombres aparece también a través de la consulta de las mujeres que utilizan más el sistema de salud y a quienes parece resultar más fácil compartir con el equipo de salud los problemas relacionados con su vida sexual: “...*(la DSE) si aparece en la consulta con las mujeres que quieren ayudar a sus compañeros...pero el varón raramente viene*”<sup>xxxiii</sup>. A diferencia de los varones, donde el problema está enfocado en la erección y en el coito, para las mujeres la demanda se centra en la falta de placer: “*la consulta del lado de la mujer diría que tiene que ver con insatisfacción, falta de deseo (de sus parejas masculinas)*”<sup>xxxiv</sup>.

Para Bourdieu (1998) el orden de género establece un régimen en el cual los varones se encuentran sujetos a la representación dominante de la masculinidad, que en un mismo, e irónico acto, los privilegia y los somete simultáneamente. Y es que al instalarse en “la objetividad de la estructura social y en la subjetividad de la estructura mental, la representación dominante no admite el menor desmentido” y así “el privilegio encuentra su contraparte en la tensión y contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que imponen a cada hombre el deber de afirmar su virilidad”. Siguiendo esta lógica argumental, la actividad sexual normal se erige en

prueba de masculinidad, y por lo tanto “tratar los trastornos sexuales equivale a cuestionar la identidad del género” (Badinter, 1993). Las disfunciones sexuales, particularmente la DSE, exponen a los varones que las manifiestan a un estado de vulnerabilidad que, al imposibilitar la afirmación de su masculinidad, de “ser todo un hombre”, se asocia “peligrosamente” a la feminidad.

Las instituciones en tanto mecanismos de ordenamiento social, conforman los ámbitos en los cuales las representaciones hegemónicas y dominantes se reproducen y los desvíos se disciplinan. En ellas los cuerpos no son solo sujetos de un orden que los regula y normatiza, sino que son a la vez agentes de producción del mismo a través de las prácticas individuales y colectivas. El sistema de salud y sus operadores no escapan a esta lógica, y la aparente neutralidad que proclama el discurso médico es en realidad un dispositivo que sostiene y perpetúa las políticas de género. Michael Kimmel (2000) afirma que la neutralidad que invisibiliza a los varones como sujetos sexuados y deseantes, es justamente donde radica la eficacia del régimen de género. La masculinidad se instala como norma universal, tal como sucede en el ámbito de la salud pública, pero una norma sin género, que en el ocultamiento del privilegio lo naturaliza. En este proceso el varón es, en una misma operación, omnipresente y excluido; en definitiva, no reconocido en tanto cuerpo sexuado.

La perspectiva de género no aparece como una necesidad a incorporar en las políticas sanitarias de la provincia del Neuquén “...*la verdad es que no me parece tan trascendente la perspectiva de género a la hora de planificar capacitaciones o acciones para los grupos de trabajo de los hospitales. No por lo menos en esta etapa de desarrollo de un departamento nuevo, en donde debemos trabajar por*

*cosas muy básicas, que no se habían planteado antes desde el nivel central*<sup>xxxv</sup>, *“el enfoque de género no está presente en ningún aspecto de las acciones de capacitación o de las políticas de desarrollo del recurso humano”*<sup>xxxvi</sup>, incluso en algunos casos, como el de una cardióloga entrevistada, ni siquiera entendió a que se refería la pregunta sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género.

La visibilización de la disfunción sexual les trae a la escena el cuerpo masculino sexuado, un cuerpo impotente y sufriente que interroga al saber médico. Si la sexualidad masculina puede afirmarse solo en el coito con penetración, la falta de erección produce un efecto que: 1) no puede ser decodificado y, 2) genera ansiedades asociadas a lo femenino entendida como lo opuesto a lo masculino. En ambos casos el cuerpo debe ser disciplinado, en la mayoría de los casos a través de la medicalización: la prescripción de viagra, que si bien no en todos los casos resuelve la falta de erección, funciona silenciando cualquier interrogación posible.

## Conclusiones

Los problemas planteados a lo largo de esta presentación proponen, más que la búsqueda de soluciones, formular nuevas preguntas que interroguen a las políticas sanitarias en general, y a las de salud sexual y reproductiva en particular. Es a su vez un intento de romper el silencio y empezar a hablar de las maneras en que las relaciones de poder entre los géneros operan el interior de la objetividad de los sistemas de salud y la subjetividad de sus operadores y operadoras.

En el breve recorrido desarrollado, la propuesta fue dar cuenta de la exclusión de los varones -como sujetos sexuados- de las políticas y programas del sistema público de salud de la Provincia del Neuquén en particular, y de la Nación en general y, de la

ausencia de espacios de atención y de prácticas inclusivas en los servicios de salud<sup>xxxvii</sup>. Particularmente, se destaca la omisión de los mismos en los subprogramas, acciones y actividades del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva; en el cual ni siquiera se mencionan a las DSE, ni el cáncer de próstata como dos de los problemas más importantes que afectan la salud sexual y reproductiva de los varones. Las DSE tampoco forman parte de la estructura programática del nuevo Programa de Salud del Adulto de la Provincia. Y es todavía más alarmante que en las nuevas “Guías de prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes para el primer nivel de atención” elaborada en el año 2010 por el Ministerio de Salud de la Nación, específicamente dirigidas a profesionales de los niveles de atención primaria en la detección temprana de dicha patología a partir de un enfoque integral<sup>xxxviii</sup>, no se encuentre una sola mención al abordaje en la consulta médica sobre los problemas vinculados a la sexualidad masculina.

Entendemos que el desconocimiento del malestar de sus cuerpos contribuye a la reproducción interminable de los modelos hegemónicos de masculinidad. Por eso, nombrar la disfunción sexual masculina la instala como problema de salud interpelando a los equipos de salud y a los decisores políticos. La incorporación del enfoque de género, entendido como las relaciones de poder que se establecen entre varones y mujeres, no puede ni debe reducirse al nivel del discurso políticamente correcto. Debe conformarse en una herramienta fundamental que permita redireccionar la mirada epidemiológica de la noción de causalismo hacia la noción de determinación. Reconocer las necesidades desde los sujetos que las padecen, otorgarles la palabra y garantizar sus derechos, implica avanzar en la construcción de un modelo que favorezca el análisis de los procesos de salud y enfermedad

desde la comprensión de la triple inequidad, clase-etnia-genero (Breilh, 2003)<sup>xxxix</sup>. Sólo entonces será posible desarrollar políticas que aseguren el derecho a la salud para todas y para todos.

Propuesta para la acción y desarrollos a futuro.

Es evidente que las políticas de salud y quienes las deciden o las implementan en la consulta, son -hoy por hoy- poco permeables a la atención de la salud sexual de los varones, y particularmente -como hemos intentado revelar en este trabajo-, a los problemas vinculados con la función eréctil. Esta dificultad de las instituciones sanitarias para favorecer la accesibilidad de los varones, nos obliga, entre otras cosas, a investigar sobre sus múltiples y, -probablemente- complejas causas.

<sup>xl</sup>De todas maneras, consideramos que la existencia de políticas sobre salud sexual y reproductiva ya consolidadas en nuestro país –más allá de la direccionalidad prioritaria sobre la salud de las mujeres- es una fortaleza sobre la cual se pueden empezar a formular lineamientos con el objetivo de que las políticas sanitarias favorezcan la visibilización de la sexualidad masculina.

Proponemos algunas ideas que consideramos permitirán que el acceso a la salud sexual y reproductiva sea universal y equitativo:

- ❖ Reformular los programas de salud sexual y reproductiva existentes, favoreciendo el fortalecimiento de los aspectos vinculados a la salud sexual, tanto de mujeres como de hombres.

- ❖ Replantear los perfiles profesionales que conducen, coordinan los programas de salud sexual y reproductiva, ya que tradicionalmente son asumidos por ginecólogos/as, pediatras, promoviendo la inclusión de médicos/as generalistas/ y/o de familia.
- ❖ Reconocer la especificidad de los problemas de la salud sexual y reproductiva de los varones, no reduciendo los mismos solo a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, a la promoción de la participación masculina en cuestiones de reproducción y anticoncepción, al rol del varón-pareja de la mujer gestante al momento del evento del parto, al ejercicio de la paternidad, entre otros.
- ❖ Articular los programas de salud sexual y reproductiva con aquellos otros programas que atienden la salud de los varones.
- ❖ Sensibilizar a decisores políticos y a profesionales médicos de especialidades como cardiología, urología, diabetología, clínicos especializados en tabaquismo, obesidad, alcoholismo, sobre la importancia del enfoque de género para la comprensión y abordaje del proceso salud/enfermedad/atención.
- ❖ Incorporar a la consulta médica del primer nivel de atención como una práctica sistemática, la indagación sobre la función eréctil: antecedentes del problema e historia sexual; historia médica (detectar enfermedades crónicas, tratamientos farmacológicos, consumo de tabaco, alcohol, drogas, trastornos afectivos; historia social (situaciones estresantes; pérdida de trabajo; divorcio, muerte de la pareja, problemas familiares); examen físico completo.
- ❖ Promover la cooperación horizontal entre Universidades, sociedades científicas y activismo social -que trabajen y produzcan conocimiento en relación al estudio de las masculinidades- y la gestión política.

- ❖ Problematizar la prescripción de medicamentos y la “farmacodependencia” de las drogas que facilitan la función eréctil, ya sea por acción o por omisión del equipo de salud, al interior del mismo y con los varones que consultan.

## Referencias

- Aguirre, R. y Guell, P. (2000). *Hacerse hombres. La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Badinter, E. (1993). *XY, la identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bonino, L. (2008). Salud, varones y masculinidad. En J.A. Lozoya, J. Ángel y J.M. Bedoya, *Voces de hombres por la igualdad*. Recuperado de: [www.vocesdehombres.wordpress.com](http://www.vocesdehombres.wordpress.com)
- Borrell, C., y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 245-249.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Braidotti, R. (2000). *Sujetos nómades*. Buenos Aires: Paidós.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Colomer, C. (2007). El Sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Revista Española de Salud Pública*, 2(81), 91-93.
- Connell, R. W. (2000). *The men and the boys*. California: University of California Press.

- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicina*, 4(10), 1385-1401.
- Diez Roux, A.V. (2007). En defensa de una epidemiología con números. *Salud Colectiva*. 3(2), 117-119.
- Figuroa, J. G. (1998). Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad. Saúde Públ.*, 14(1), 87-96.
- Hernández, A. (1995). ¿Masculinidad o masculinidades?. *Revista La Tarea*, 8, 46-48. Disponible en: [www.latarea.com.mx](http://www.latarea.com.mx)
- Keijzer, B. (2001). *Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina*. Recuperado de:  
<http://www.umng.gov.co/www/resources/Genero,CuerpoySalMasculina.pdf>
- Kimmel, M. (2000). *The gendered society*. New York: Oxford University Press.
- Lurbe, K. (2005) La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y Paris. *Revista Athenea Digital*, 7. Disponible en:  
<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/213/213>
- Maffia, D. (2004). Derechos Humanos y Salud de las Mujeres. *Revista Razón Pública*. 1.
- Melito, G., y Peretta, M. (2009). Facultad de Farmacia y Bioquímica. Argentina: Universidad Maimonides.

Peiro, R. (2004). Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit*, 18(2), 36-46.

Petchesky, R. (2010). *Derechos Sexuales: Inventando un concepto, trazando el mapa de la práctica internacional*. Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/petchesky.pdf>

Sabo, D. (2003). Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. EEUU: OPS y Harvard Center for Population Development Studies.

Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6-41.

Seidler, V. (2006) Masculinidades, Hegemonía y Vida Emocional. En G. Careaga, y S. Cruz (coords.), *Debates sobre Masculinidades. Poder, Desarrollo, Políticas Públicas y Ciudadanía*. México: UNAM.

Sontang, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Suma de Letras.

World Health Organization (1999), The world health report 1999: Making a difference

Zavala, E. y Herrera (2009). Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Physis*, 19, (3).

## Formato de citación

---

Oppezzi, M., y Ramírez, C. (2012). Los varones en las políticas de salud: ¿cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (2), 142-176.  
Disponibile en: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)

---

i Cantidad de hombres cada 100 mujeres

ii La provincia está dividida en 16 departamentos.

iii Las comunidades rurales reciben atención médica a través de Puestos Sanitarios y/o visitas periódicas desde el hospital de referencia. En un gran número de localidades del interior (el 75% de la superficie) el subsector público constituye el único prestador de servicios ya que el subsector privado y de obras sociales ha concentrado la atención en zonas de mayor concentración urbana. En cuanto a la disponibilidad de los recursos humanos, la provincia cuenta con un médico por cada 423 habitantes, una enfermera por cada 248 y 1,7 enfermeras por médico y existen además 244 agentes sanitarios distribuidos en el interior de la Provincia. Ministerio de Salud de la Provincia; Relevado el 12 de Junio, 2010

[http://www4.neuquen.gov.ar/salud/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57:sistema-de-salud-de-la-provincia-del-neuquen&Itemid=169](http://www4.neuquen.gov.ar/salud/index.php?option=com_content&view=article&id=57:sistema-de-salud-de-la-provincia-del-neuquen&Itemid=169)

iv La Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable fue sancionada el 30 de octubre de 2002. La misma fue reglamentada el siguiente año creando así el programa Nacional en el marco de la Dirección Nacional de Maternidad e infancia, MSAL. Posteriormente en el año 2006 el Programa Nacional adquiere autonomía administrativa y presupuestaria conformando uno de los programas de la Subsecretaria de Salud Comunitaria. La Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica (N°26130 se sanciona recién en el año 2006). Estos marcos normativos son la expresión de los acuerdos alcanzados entre los legisladores de las distintas bancadas, representantes gubernamentales y de la sociedad civil, e impulsados fundamentalmente por el movimiento de mujeres.

v Además del programa de Salud Sexual y Reproductiva otros programas que dependen de la Dirección de Atención Primaria son: Control de la Tuberculosis; Inmunizaciones y Vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles; Prevención y Control del Trauma; Salud Rural y Periurbana; Salud Bucal; Prevención y Control de diabetes mellitus; VIH/SIDA; Adicciones; Prevención de hidatidosis y Trasplante de órganos; Maternidad e Infancia; Salud Mental; Salud del Adulto; Salud Comunitaria.

vi De acuerdo a Rosana Peiro: "La sensibilidad de género es entendida aquí como la medida en que los planes de salud tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a ésta".

vii Ley 2431; los únicos requerimientos para acceder a cualquiera de las dos prácticas son: completar el consentimiento informado y ser mayor de edad. El proceso de consentimiento informado puede ser iniciado por cualquier integrante del equipo de salud. La normativa nacional en la materia, la Ley 26.130 se sanciona recién en el año 2006, y exige los mismos requisitos

viii Un primer antecedente puede encontrarse en el reconocimiento del derecho fundamental de todos los padres a poder determinar libre y responsablemente la cantidad de hijos y el intervalo de sus nacimiento, reconocido en la Primera Conferencia de Derechos Humanos celebrada en Teherán en el año 1968

ix "La teoría de la transición epidemiológica parte de la premisa que la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de las poblaciones, esta expresión permite explicar la dinámica del cambio de las causas de defunción a través del tiempo. El proceso de cambio se desencadenó en el siglo XVIII en los países de Europa occidental por la reducción de la mortalidad que produjo un envejecimiento de la población y cambios en las causas de muerte: de un patrón de causas de muerte dominado por enfermedades infecciosas, con muy alta mortalidad, especialmente en las edades más jóvenes, a un patrón dominado por enfermedades degenerativas y afecciones fundamentalmente asociadas a los hábitos y estilos de vida. Entre las mismas se cuentan: enfermedades del corazón y circulatorias, hipertensión, cánceres; diabetes; accidentes cerebro

vasculares; enfermedades pulmonares; enfermedades óseas y reumáticas; trastornos psiquiátricos y enfermedades hepáticas, entre otras. Por otro lado se han identificado factores de riesgo asociados epidemiológicamente a ellas, como tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial, perfil lipídico alterado (colesterol) y dieta inadecuada"; en "Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica", Marta V. Bolaños; Papeles de población; Julio-septiembre; año 6; Nº 25; Uaemex; Mexico, 2000.

<sup>x</sup> Por otro lado, las enfermedades no transmisibles representan una significativa carga de enfermedad y necesidad de utilización de recursos sanitarios.

<sup>xi</sup> OMS; Vital Statement; 2005

<sup>xii</sup> Es de destacar que esta información respeta los códigos y agrupamientos establecidos en el CIE 10, (Décima Clasificación Internacional de Enfermedades), la que utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad; está organizado en grandes capítulos -22 en total-, a los que se les asigna un código; cada capítulo contiene subgrupos más específicos de defunciones o enfermedades.

<sup>xiii</sup> Con respecto a las consultas médicas en el periodo estudiado se ha observado que hasta los 14 años el número de las mismas ha sido similar para ambos sexos; sin embargo a partir de los 15 años, las consultas de varones disminuyeron significativamente, inclusive en el grupo de mayores de 70 años donde no alcanzan al 44% del total. Las especialidades y/o servicios que más consultas concentraron fueron las guardias (40%), predominando las consultas de mujeres (56%); siguiendo en magnitud clínica médica y medicina general

<sup>xiv</sup> Esta concepción ofrece una mirada atomista de la generación de la mala salud, que a su vez, conduce a atribuir a los individuos portadores del síntoma o anomalía, la culpa de su enfermedad o estilos de vida no saludables, legitimando así la culpabilización de la víctima. Tanto la responsabilidad por una mala salud como su curación recae en la persona enferma. Se elude de este modo una discusión rigurosa del impacto de los factores estructurales de desigualdad social en la salud. No cabe duda que prevalece en las políticas sanitarias una tendencia a explicar los problemas de salud de tal manera que se reduce la etiología de una enfermedad a una contingencia o asociación empírica demostrable entre unos riesgos y unas variables relacionadas a la salud.

<sup>xv</sup> En el informe final para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, la Red de conocimiento en Equidad de Género afirma que "Las relaciones desiguales entre los varones y las mujeres son la causa principal de las inequidades de género y constituyen el determinante social que más influencia tienen en la salud. Ellas operan a través de múltiples dimensiones afectando la vida de las personas, y como ellas se relacionan unas con otras. Determinan también si las necesidades de cada uno son reconocidas, si tienen voz o cierto nivel de control sobre sus vidas y su salud, y si pueden ejercer sus derechos" Gita Sen, Pirooska Östlin, Asha George, 2007. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the CSDH

Las recomendaciones de la Red, que fue creada ad hoc en el marco de la CSDH fueron incorporadas al informe final de dicha comisión: "Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it" WHO, 2008 Para una mayor información acerca de la CSDH ver [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)

<sup>xvi</sup> La misma constituye la tercera causa de mortalidad de varones en Neuquén y - de acuerdo a estudios clínicos- puede producir DSE hasta en el 75% de los hombres que la padecen

<sup>xvii</sup> Entrevista médico generalista varón.

<sup>xviii</sup> Entrevista Director Provincial de Salud.

<sup>xix</sup> Entrevista médica cardióloga

<sup>xx</sup> Entrevista psicóloga.

<sup>xxi</sup> Entrevista Jefa del Departamento de Salud del Adulto.

<sup>xxii</sup> Entrevista a médico generalista

<sup>xxiii</sup> Psicóloga de un Hospital de complejidad VI

<sup>xxiv</sup> La prevalencia de una enfermedad es el número total de personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. Es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar las políticas sanitarias

<sup>xxv</sup> Este estudio tiene una importancia relevante porque es el primero de tipo transversal, basado en la comunidad, con encuestas al azar, multidisciplinario, sobre el tema y porque incluyó una cohorte significativa que fue seguida por cerca de una década luego de la evaluación inicial. Para mayor información ver también Documento de Consenso sobre disfunción sexual eréctil", elaborado por 12 sociedades científicas españolas; Pfizer, España, 2008.

<sup>xxvi</sup> Entrevista médico generalista

<sup>xxvii</sup> Entrevista Psicóloga

<sup>xxviii</sup> Entrevista Médico generalista

---

xxix <http://subpmedic.com/>; Pharmacy express

xxx Entrevista médico generalista varón.

xxxi Entrevista psicóloga.

xxxii Entrevista médico generalista.

xxxiii Entrevista psicóloga.

xxxiv Entrevista médico generalista.

xxxv Jefa de Depto Salud del Adulto

xxxvi Directora de Recursos Humanos de la Subsecretaria de Salud

xxxvii Los varones no sólo están excluidos de las políticas y servicios orientados a la salud reproductiva sino también del cuidado preventivo de su salud sexual. Por ejemplo, en relación al cáncer de próstata (tercera causa de muerte por tumores en la provincia), si bien la evidencia médica acumulada indica que es probable diagnosticarlo con precocidad, la programación de acciones de prevención secundaria no se encuentra incorporada a las normativas programáticas, demostrando nuevamente la brecha que existe entre el discurso – científico en este caso – y las prácticas de las políticas. Por otro lado, la ausencia habitual de síntomas en las primeras etapas, y debido a que aun la presencia de los mismos puede estar asociada a otras condiciones patológicas, conlleva a un estado de imprecisión diagnóstica, que asociada al pudor del reconocimiento de síntomas, la incertidumbre del impacto que la enfermedad pueda tener sobre la actividad sexual y los escasos espacios en la consulta externa para abordar estos temas, contribuyen a que los varones se desentiendan o desechen la búsqueda de ayuda. Por otro lado, es interesante mencionar aquí que mientras el Ministerio de Salud de la Nación, en acuerdo con Sociedades científicas afines al tema, ha elaborado un consenso desde hace años para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata, estas recomendaciones no han sido implementadas en las políticas sanitarias, y ni siquiera forman parte de campañas de prevención.

xxxviii La misma cuenta con los avales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Sociedad Argentina de Diabetes, el Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada, la Federación Argentina de Diabetes; la Liga Argentina de Protección al Diabético y la Sociedad Argentina de Nutrición entre otros.

xxxix “...la categoría de inequidad sirvió para analizar las repercusiones para la salud de la concentración de poder en ciertas clases sociales, de géneros y de grupos étnicos”