

ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XIII

**

Editoras

Magalí Civera Cerecedo
Martha Rebeca Herrera Bautista



Instituto Nacional
de Antropología
e Historia



Consejo Nacional
para la
Cultura y las Artes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA
MÉXICO 2007

Comité editorial

Xabier Lizarraga Cruchaga
Abigail Meza Peñaloza
Florencia Peña Saint Martin
José Antonio Pompa y Padilla
Carlos Serrano Sánchez
Luis Alberto Vargas Guadarrama

Todos los artículos fueron dictaminados

Primera edición: 2007

© 2007, Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

© 2007, Instituto Nacional de Antropología e Historia
Córdoba 45, Col. Roma, 06700, México, D.F.
sub_fomento.cncpbs@inah.gob.mx

© 2007, Asociación Mexicana de Antropología Biológica

ISSN 1405-5066

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización
escrita del titular de los derechos patrimoniales

D.R. Derechos reservados conforme a la ley
Impreso y hecho en México
Printed in Mexico

CARACTERÍSTICAS Y DIFICULTADES
EN LA ATENCIÓN DE VARONES INFECTADOS
POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).
LA EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE SALUD
EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Diana L. Reartes

Investigadora asociada CEDUA, COLMEX

RESUMEN

En México, la gran mayoría de los servicios públicos de salud que diagnostican y atienden la infección por el virus del papiloma humano (VPH) priorizan la atención a las mujeres debido a la mayor severidad de las posibles consecuencias de la misma asociadas con el cáncer cervical. Existen pocos servicios que atienden también a las parejas masculinas de las mujeres. El trabajo analiza las características y dificultades vinculadas con la provisión de servicios médicos a varones diagnosticados con el VPH en una clínica de displasias ubicada en un hospital del 3er. nivel de atención de la ciudad de México. La investigación resalta los supuestos técnicos así como los socioideológicos en que se sustenta la atención médica a la población masculina.

PALABRAS CLAVE: infección por VPH, atención médica a varones, salud masculina.

ABSTRACT

In Mexico most of the public health services that diagnose and treat patients with Human Papillomavirus (HPV) give priority to attending to women due to the greater severity of possible consequences associated with cervical cancer. There are few clinics providing such services to these women's male partners.

This article analyzes the main characteristics and barriers linked to medical service provision for men diagnosed as HPV positive. This research was conducted in a dysplasia clinic located in a tertiary-level hospital in Mexico City. It emphasizes technical and socio-ideological arguments supporting medical services for males.

KEY WORDS: human papillomavirus (HVP), medical services for men, male health.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los importantes avances logrados en la adopción de una perspectiva de género en los programas de salud reproductiva, existe aún una distancia considerable entre el discurso que promueve la participación de los hombres en esta esfera y la realidad de los programas y servicios que siguen orientados básicamente hacia las mujeres y minimizan las consecuencias que tiene en ellos. Aunque muchos de los problemas vinculados con la salud sexual y reproductiva no atañen sólo a ellas sino también a sus parejas, la resolución de la mayoría de esos problemas en México, como en otros países, ha estado dirigida a la oferta de servicios de salud exclusivos para ellas. Esto ha sucedido también en relación con el cáncer cervical cuyo principal agente etiológico, el virus del papiloma humano (VPH), se transmite sexualmente y produce lesiones anogenitales en ambos sexos.

El VPH fue la infección de transmisión sexual (ITS) en México que presentó la mayor incidencia en el año 2000, con 10.4 por cien mil habitantes; seguida del herpes genital (6.5 por cien mil), la gonorrea (4.6 por cien mil) y el VIH (3.3 por cien mil). (SSA-DGE 2002).¹ En los últimos años, su incidencia ha ido en aumento: en 2001 la tasa nacional fue de 13.7 (13 802 casos), en el 2002 hubo 16 548, con lo que subió a 16.2, y en el 2003 se registraron 18 993, por lo que la tasa fue de 18.2 (Gómez Mena 2005:41).

A pesar de estos datos, cuando se habla de VPH los mensajes (aun cuando se mencione que es una ITS) van dirigidos fundamentalmente a la población femenina, como si la masculina poco tuvieran que ver en su transmisión y menos aún en su propio padecimiento.

¹ Número de casos diagnosticados en un año por cada 100 000 habitantes.

Los factores que favorecen una ausencia de los varones en los espacios de salud son diversos. Esta presentación se propone analizar las características de la atención médica ofrecida a los señores cuyas parejas presentan la infección por el VPH, a partir de las representaciones sociales y las prácticas de un conjunto de gineco-oncólogos. Se describen los supuestos técnicos como ideológicos en los que se sustenta la práctica médica dirigida a ellos. En otras palabras, el estudio intenta establecer algunas vinculaciones entre práctica profesional, sexualidad y género en la atención de una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la población mexicana.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La clínica de displasias donde se desarrolló la investigación se encuentra ubicada en el área de oncología de un hospital-escuela público de gineco-obstetricia. El hospital es reconocido por su prestigio y excelencia, y a él concurre una población de niveles socioeconómicos medio y medio-bajo. El servicio fue seleccionado por ser uno de los pocos de su tipo que ofrece atención a mujeres y hombres. La clínica estudiada atiende neoplasias benignas y malignas, recibe un promedio diario de 20 pacientes y los martes y jueves se atiende a los varones. El equipo médico está compuesto por cuatro profesionales: el coordinador y tres médicos adscritos, de los cuales una es mujer. Además, rotan mensualmente dos médicos residentes especializados en gineco-obstetricia. El servicio ofrece también un diplomado en colposcopia, que tiene una duración de seis meses y está destinado a gineco-obstetras.

En total, los informantes médicos fueron ocho varones y dos mujeres. Los resultados que se presentan están basados en observaciones de consultas médicas y en entrevistas al equipo médico. El trabajo de campo se realizó durante los meses de mayo del 2000 a diciembre del 2001.

LA INFECCIÓN POR EL VPH EN VARONES

La infección por el VPH es una de las enfermedades más frecuentes entre las adquiridas por contacto sexual. En la actualidad se conoce la existencia de más de 70 subtipos del virus, que se dividen de acuerdo con su potencial oncogénico en: de bajo riesgo, de mediano y de alto riesgo. Se trata de una ITS que tiene la particularidad de que puede instalarse, permanecer y/o evolucionar sin presentar síntomas. Aún se desconocen los factores que participan en la latencia, reactivación, infección subclínica sin enfermedad aparente y los mecanismos requeridos para la transformación en un cáncer.

Aunque todavía es escasa la información que existe sobre la historia natural del VPH genital en hombres, en tanto éstos han sido estudiados mucho menos que las mujeres, en los últimos diez años el rol de los varones como posibles vectores del VPH ha sido analizado en un número creciente de investigaciones experimentales, clínicas y epidemiológicas (Castellsagué *et al.* 2003: S350).

Los varones pueden ser portadores sin lesiones visibles o bien tener condilomas. Los condilomas acuminados o verrugas pueden presentarse en el glande, el prepucio, el surco balanoprepucial, la uretra terminal y el pene. La prevalencia de lesiones relacionadas con VPH en hombres sexualmente activos asintomáticos no supera el 10% en la población general; en cambio, el porcentaje de compañeros masculinos de mujeres con condilomas o frotis cervicales anormales alcanza casi el 65%. Algunos autores informan de cifras hasta del 88% y del 100% respectivamente (Álvarez Fernández 1997: 19).

En México, ADN de VPH ha sido detectado en uno de cada tres hombres en muestras de sujetos sanos; la prevalencia es similar a la reportada entre parejas masculinas de señoras con cáncer cervical en países de alto riesgo. La infección múltiple es muy prevalente en los varones y su persistencia es menor a la reportada en mujeres sanas (Lazcano Ponce 2004).

A través del contacto sexual con mujeres de alto riesgo, él puede adquirir el virus que puede ser transmitido a su pareja estable o a sus subsecuentes parejas sexuales. También, recientemente ha sido posible confirmar que la circuncisión los protege no sólo de adquirir y transmitir

el VPH sino también a sus parejas de desarrollar cáncer cervical (Bosch 2003:S332; Castellsagué *et al.*, *op.cit.*: S351).

Los varones pueden convertirse en víctimas de sus propias infecciones de VPH, en tanto una fracción de hombres infectados tiene un riesgo aumentado de desarrollar cáncer de pene y ano (Castellsagué *et al.*, *op.cit.*: S346).

Los métodos utilizados para detectar el VPH en ellos incluyen: el examen clínico, la penoscopia, la citología uretral y la histología. A pesar de que la historia natural por VPH genital en hombres es de potencial importancia para establecer estrategias que pudieran disminuir el reservorio del virus que disemina la enfermedad, es escasa la información que existe al respecto (Leyva López *et al.* 2001: 3).

Las terapéuticas que tienden a la eliminación de la lesión, en tanto la erradicación del virus todavía no es posible, incluyen varios tipos de tratamientos; siendo los más utilizados los tópicos o cremas de uso externo que modifican la respuesta inmune.

LA ATENCIÓN DE LOS VARONES EN EL SERVICIO SELECCIONADO

A partir de 1992, año en que el actual coordinador del servicio de oncología llegó a organizar la clínica de displasias del instituto, los varones comenzaron a ser objeto de atención para el caso de la infección por el VPH. Fue así como a partir de su experiencia en otra institución hospitalaria de la ciudad de México comenzó a impulsar la necesidad de que la población masculina también sea diagnosticada y atendida por este padecimiento, fomentando la atención de la pareja y no sólo de las mujeres. Hay que mencionar que antes de esta iniciativa, la clínica de ETS ya atendía a los varones para el caso de los condilomas y/o verrugas.²

En los últimos años, el servicio ha otorgado cada vez mayor importancia a la población masculina, captando cada año un número mayor de pacientes y atendiendo hasta la fecha un total de 880 sujetos.

²Otros servicios del mismo instituto que ofrecen atención a población masculina son el servicio de planificación familiar y la Clínica de andrología.

Hay que mencionar que ellos llegan al servicio en tanto pareja de una paciente. Una vez que se confirma el diagnóstico de la infección en la mujer, se cita a su pareja, aun a sabiendas de que no siempre se le va a encontrar la infección. Sin embargo, si bien ésta debería ser la norma, encontramos que en ocasiones ella ya ha recibido su primer tratamiento y su pareja, todavía, no ha sido requerida; es decir, el momento en que se cita al varón varía según el criterio personal del profesional.

En la mayor parte de los casos, aunque la paciente haya sido tratada en otra institución, para la mayoría de los varones ésta es la primera vez que son citados para confirmar o descartar su infección ya que, como hemos mencionado gran parte de los servicios públicos no los atienden. Aunque el servicio alienta la asistencia de las parejas masculinas, se enfatiza aún más en aquellos cuyas parejas presentan recurrencia o progresión de la infección a pesar del tratamiento y en los que mantienen con la paciente un vínculo de pareja estable, sus esposas o sus compañeras.

Si la pareja masculina no quiere concurrir, a la señora se le insiste acerca de la importancia de la asistencia de su esposo con la intención de evitar su reinfección y se le encomienda la tarea de convencer a su compañero sexual. En términos generales, los profesionales reconocen que desde el servicio son prácticamente nulas las estrategias para captar directamente a los varones, cuando mucho pueden escribir en la receta una nota donde se consigna que es importante que el esposo asista. Asimismo, la no concurrencia del varón no condiciona que se siga ofreciendo la atención a la paciente.

A continuación revisaremos algunos núcleos problemáticos de la atención a varones, situados, algunos, del lado de la propia práctica médica; otros, en cambio, del lado de los pacientes.

¿POR QUÉ ATENDER A LOS VARONES?: LAS AMBIVALENCIAS DEL CONOCIMIENTO MÉDICO Y LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES

A pesar de las evidencias mencionadas respecto al papel como vector en la transmisión del VPH, el diagnóstico y tratamiento de la infección en la población masculina revela un estado de controversia en el gremio médico.

Ciertos profesionales sostienen que las tasas de éxito o fracaso en el tratamiento de mujeres cuando se trata o no a los varones no establecen diferencias significativas en los resultados. En relación con el desarrollo de recidivas, se considera que es el sistema inmunológico de la paciente además de la eliminación total de la lesión lo que determina el éxito del tratamiento y no si el compañero sexual puede volver a infectar su epitelio con el mismo tipo de VPH. El fracaso puede deberse a que no se extirpó toda la lesión en una extensión y profundidad apropiadas o porque no se eliminaron otros factores de riesgo. Desde esta postura, el índice de fracasos del tratamiento no varía si se medica o no al compañero sexual y la reinfección por el mismo compañero no es considerada una causa importante en dicho fracaso, por lo que el examen rutinario del varón con el propósito de prevenir recidivas en la paciente femenina no está justificado (Krebs 1993: 179-182).

Para otros profesionales, en cambio, el diagnóstico y tratamiento de la infección por el VPH en los varones puede disminuir el reservorio de virus a partir del cual pueden originarse o recidivar condilomas genitales femeninos o neoplasias planas, por lo que es conveniente que las parejas de mujeres con displasia cervical sean examinadas para descartar patología en ellas y propiciar el tratamiento conjunto. Más aún para quienes defienden este posicionamiento, el diagnóstico y tratamiento en los varones no sólo es obligado en los procesos detectados a simple inspección sino incluso en casos de sospecha teniendo en cuenta que gran parte de la infección se manifiesta de manera subclínica (Palacio López 2000: 110-111).

Para la mayoría de los médicos que entrevistamos, este último argumento es el que cobra importancia. Siendo el VPH una infección adquirida en la mayoría de los casos a través del contacto sexual, se requiere atender a ambos miembros, tal como ocurre en el manejo de otras infecciones sexuales. Esto con la intención, fundamentalmente, de favorecer y efectivizar el tratamiento de las mujeres evitando las reinfecciones y alentar en ellos una conciencia de prevención.

La importancia asignada a la prevención está estrechamente ligada con el estereotipo de los varones, que sustenta la mayoría de los y las médicas entrevistados, según el cual son promiscuos por naturaleza e irresponsables sexualmente. Un médico sintetiza este pensamiento con un conocido refrán: "Las únicas mujeres que piensan que sus hombres son ángeles son las viudas" (coordinador del servicio, 28-11-2000).

De este modo, la asistencia de los varones al servicio no sólo es importante para confirmar en él lesiones y otorgar tratamiento, sino también para que a partir de ese momento “haga un alto en el camino” y tome conciencia de la necesidad de adoptar conductas de protección en el caso de que mantenga relaciones extramatrimoniales, con el fin de proteger su propia salud y la de su esposa:

El hecho de ser revisados como que los concientiza: ‘Ay, caray, no era de tan fácil de nomás ir aquí y ya, ¿no?, incluso pues me han tocado comentarios de ellos, dicen: ‘Ay, ya no vuelvo, ya me voy a portar bien, yo no creí que pudiera pasar esto ...’, ya después de recibir un tratamiento ya no tan fácil van y se meten con cualquiera, ¿no?, ya lo piensan dos veces, se cuidan por lo menos ... (est. mujer, 30-5-2001).

La importancia asignada a ofrecer atención a los varones incorpora también dos aspectos de suma importancia manifestados por dos de los estudiantes varones entrevistados: por un lado, promover relaciones de pareja basadas en la sinceridad como valor y, por el otro, favorecer un involucramiento de los varones en los procesos gineco-obstétricos, concibiéndolos como partícipes activos de diferentes procesos de salud-enfermedad que pueden acontecer sólo en el cuerpo de la mujer (caso de embarazo, parto y puerperio) o en el de ambos (caso de ITS).

Estos dos aspectos mencionados por una minoría de entrevistados, sin embargo, se distancian tanto de la frecuente legitimación médica de la doble moral vigente en las relaciones entre mujeres y varones en el terreno de la sexualidad, como de la focalización médica en la atención femenina y la adjudicación a las mujeres de su responsabilidad casi exclusiva en eventos de salud sexual y reproductiva que, no obstante, competen a la pareja debido a su carácter relacional.

FACTORES QUE OBSTACULIZAN LA ATENCIÓN DE LOS VARONES

Otros factores también obstaculizan la atención masculina. Según lo mencionado por los informantes, algunos refieren al conocimiento médico respecto al VPH, otros a la práctica médica y la organización de los servicios.

Entre los primeros se mencionaron: a) el alto porcentaje de varones que cursa como portadores asintomáticos; b) las limitaciones en los métodos diagnósticos y terapéuticos (no se cuenta todavía con métodos de detección fácilmente accesibles y los tratamientos disponibles son limitados, tratándose únicamente a los varones con lesiones visibles y no a todos los que pudieran estar infectados); c) el estado de controversia en cuanto a que el tratamiento de la pareja realmente beneficie a la mujer (como ya lo mencionamos), y d) la menor frecuencia de cáncer de pene.

Los referidos a la práctica médica se vinculan tanto a la falta de experiencia y entrenamiento profesional en colposcopia de muchos profesionales (particularmente de ginecólogos) como a los prejuicios o reticencias de algunos médicos para asistir a personas de sexo diferente. El escaso entrenamiento de los ginecólogos para tratar a los varones, su preferencia para revisar a las mujeres y las resistencias de muchos de ellos a la hora de explorar a los varones fueron aspectos reconocidos por la mayor parte de los entrevistados:

Yo les digo a mis alumnos y alumnas, aunque sean ginecólogas hay que revisar, primero eres médico, tenemos la obligación que si encuentras una infección en la paciente hay que revisar al compañero sexual, ¡doctores!, son ginecólogos, no les va a pasar nada, ni se van a volver *gays* si agarran los genitales masculinos, hay que revisar al compañero sexual... (coordinador de servicio, 9-3-2001).

Durante el trabajo de campo, en varias ocasiones también pudimos observar las bromas o albures³ que tienen lugar especialmente entre los estudiantes cuando es un paciente varón el que está por entrar a la consulta, lo que estaría aludiendo a ciertas resistencias homofóbicas de los médicos varones para revisar a otros hombres:

Secretaria: ¿Hago pasar al señor? (dirigiéndose a un estudiante del diplomado)

Estudiante: Al ratito ... que llamen al Dr. F., a ése sí le gusta.

(Risas de la secretaria y el estudiante) (diario de campo, 18-1-2001).

³ Refiere al juego de palabras y gestos que combinan el humor con la ofensa en espacios de interacción masculina y que aluden generalmente a cuestiones de índole sexual (Szasz 1998: 90).

Este desagrado o renuencia, en la opinión de los estudiantes, va siendo manejado a lo largo del proceso de entrenamiento, tiempo durante el cual tienen la posibilidad de ir “adquiriendo confianza” y disminuyendo la ansiedad que les produce ver y tocar genitales masculinos, habilidad de la cual no recibió adiestramiento en su especialidad.

La exploración de los genitales masculinos es el momento donde se expresan con mayor fuerza estas resistencias. La revisión consiste en la observación colposcópica del aparato genital masculino y, previo a esto, se debe colocar ácido acético sobre el pene para favorecer la visualización de las posibles lesiones. Esta acción de pasar el ácido con un isopo sobre la piel del pene no es recomendada por el coordinador del servicio a los médicos, ya que puede desencadenar una erección del paciente. La anécdota de la erección y eyaculación de un paciente, acontecida alguna vez, dicen, en el servicio, circula entre médicos y estudiantes con la intención de alertar sobre las posibles consecuencias negativas del contacto médico con los genitales masculinos y normar así la revisión genital. Sin embargo, los médicos varones tampoco tocan directamente los genitales masculinos durante la revisión y es el paciente quien realiza los distintos movimientos, a partir de las indicaciones médicas.

Tanto la normativa en la aplicación del ácido acético como la evitación de tocar los genitales directamente están basadas en el supuesto de la gran excitabilidad de los varones y su escaso control sobre el impulso sexual, al que se considera casi como una fuerza incontrolable, la que puede expresarse en cualquier momento y lugar, sin la necesidad de un contexto erótico.

Por último, en cuanto a la organización de los servicios, la frecuente situación de ausencia de los varones en los espacios de atención del VPH tiene su origen, según lo señalado por algunos entrevistados, en las grandes cargas de trabajo así como en las representaciones que consideran que los asuntos relacionados con la salud reproductiva competen sólo a las mujeres. En muchos casos, el hecho de que el horario de atención (en la mañana) coincida con el momento en que generalmente ellos se encuentran trabajando limita también su concurrencia.

Además de estos factores, al preguntar a los entrevistados si podían existir otros motivos, algunos señalaron la posible influencia que ejerce

sobre los médicos y médicas el ya mencionado estereotipo del varón mexicano, según el cual, debido a su carácter de promiscuo, infiel, dado a tener múltiples parejas y recurrir a prostitutas, está expuesto constantemente al riesgo de contraer la infección:

Entonces, tengo la impresión de que la mayoría de los médicos han adoptado la creencia de que el varón que llega infectado por el papiloma virus es un varón que pertenece a un grupo de riesgo (médico, 5-9-2000).

La vigencia de este estereotipo refuerza la creencia de que no vale la pena gastar o invertir recursos en el diagnóstico, asistencia y prevención masculina, ya que por la irresponsabilidad que les caracteriza continuamente están en riesgo:

Entonces, me da la impresión de que eso influye mucho en las determinaciones de estos servicios que estábamos comentando ... la creencia de que después de tratar al varón en minutos, días o semanas nuevamente va a estar expuesto a contactos de riesgo, ¿no?, en mucho la limitación de los médicos se debe a este convencimiento, llamémoslo, de que el varón mexicano es así y va a salir y si ya se infectó una vez se va a infectar otra vez, y para qué gasto esfuerzo y para qué gasto recursos y etcétera, ¿no?... (médico, 5-9-2000).

Veamos ahora cuáles son las características puestas en los varones en tanto pacientes que dificultan su asistencia.

ALGUNOS PROBLEMAS DERIVADOS DE LA NEGATIVA DE LOS VARONES PARA ACUDIR A REVISIÓN Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Además de promiscuos e irresponsables, otra cualidad que los médicos les asignan es que son renuentes a acudir a la consulta, debido al modo en que se vinculan con los procesos de salud y enfermedad.

Los médicos reconocen que por la construcción de la masculinidad dominante, en términos generales, ellos raramente acuden para realizarse una revisión, asumiendo escasas conductas de prevención a la salud.

En el caso del VPH, esta situación se ve favorecida por varios motivos: a) la asintomaticidad que presenta la infección, b) la ausencia de

molestias en su desempeño sexual, c) la falta de información acerca de que la infección afecta tanto a mujeres como a varones y la importancia de diagnosticar y tratar a ambos miembros de la pareja.

Muchos de estos motivos refieren una vez más la construcción médica de la masculinidad dominante, la que asigna a los varones las cualidades de irresponsables de las acciones que competen a su ejercicio sexual y las implicaciones del mismo en su propia salud y la de sus parejas.

A esto se suma la vergüenza que experimentan muchos de ellos cuando se les revisan los genitales y la posibilidad de que se consideren responsables de alguna situación extramarital y temen que el médico les asigne la culpa de la infección.

Las consecuencias derivadas de la negativa masculina de atención, según la opinión profesional, tienen que ver con la alta posibilidad de reinfección de la mujer debido a su exposición con una persona infectada y la frustración, tanto por parte del médico como de la paciente, ante la no solución total del problema de salud a pesar del tratamiento administrado.

A pesar de estos factores que dificultan la asistencia de ellos al servicio, según lo informado, la mayor parte acepta concurrir a la revisión. En la opinión de varios informantes, de cada diez varones, sólo tres o cuatro son renuentes a ir a consulta y cada vez más esposos se encuentran dispuestos a cooperar con el tratamiento de su pareja.

Otro obstáculo en la atención tiene que ver con las dificultades del varón para seguir las indicaciones terapéuticas. Durante el tratamiento, los médicos prescriben a sus pacientes no mantener relaciones sexuales por un mes aproximadamente y luego adoptar el condón hasta tanto el profesional evalúe nuevamente la evolución de la infección. Según los médicos entrevistados, a diferencia de las mujeres, ellos presentan muchas veces dificultades para cumplir con las restricciones de no tener sexo.

Los médicos consideran que la necesidad de satisfacer sus deseos sexuales es mucho más importante en los varones, quienes parecieran poseer una sexualidad instintiva e irrefrenable que requiere de constante desahogo. Esta característica de la sexualidad masculina haría más difícil cumplir con los periodos de abstinencia sexual:

...pero pues ya en la vida real se refleja algo muy de lo que es la formación cultural que tenemos, ¿no?, la mujer, ella es más fácil que pueda cumplir con esa cuestión de la abstinencia de la vida sexual, a diferencia del hombre; el hombre, pues no es tan receptivo para decirle ... “van a ser dos meses sin tener vida sexual”, como que al hombre sí le afecta más que a la mujer, a la mujer le digo dos meses y pus igual, dice “hasta tres” (médico, 30-8-2000).

Al parecer, para los profesionales entrevistados, las relaciones sexuales conyugales son más una necesidad del varón y una obligación no deseada por la mujer (Szasz 1998).

¿ATENDER A VARONES O A PAREJAS?

En la mayoría de los casos, ellos llegan al servicio acompañados por su esposa o compañera, siendo muy raro ver a hombres que llegan solos. Mientras éstos son atendidos, las señoras se ocupan de realizar los trámites institucionales o los pagos correspondientes a la consulta. El varón no tiene un expediente ni un carnet de citas separado, su historia clínica se incluye en la que corresponde a su pareja.

Más que asistir a parejas, se atiende a mujeres y varones de forma separada, en días diferentes e incluso si ambos son citados el mismo día, la pareja no ingresa junta al consultorio y hasta es atendida por distintos profesionales. Según lo señalado por los médicos, esta modalidad de atención favorece: a) la veracidad de la información ofrecida por la o el paciente en asuntos sensibles (como el número de parejas a lo largo de la vida, el inicio de vida sexual antes del matrimonio o la existencia de parejas extramaritales); b) la confidencialidad, considerada uno de los principios éticos básicos de la relación médico-paciente, y por último c) evita la aparición de potenciales conflictos en la pareja.

Dice el coordinador del servicio:

Fíjate que tienes mejor relación cuando vienen solos (los varones), pues ya te dicen: “Mire doctor, yo tengo una pareja”, “He tenido dos” o “Nunca he tenido otras parejas” o “Sí, tengo relaciones sexuales con diferentes personas” o “Tengo parejas y no son estables” o “Fui de viaje y tuve relaciones con otra gente y no me cuidé” o “Sí usé preservativo”, en fin ... te dicen lo que es, lo que es la verdad, entonces, de frente, y algo muy importante es que al principio le

inspires confianza ... es muy importante; si no nunca te van a decir nada, hombres y mujeres, aunque los hombres te dicen más fácil que las mujeres ... los hombres te dicen más fácil cuántas parejas que las mujeres (28-1-2000).

Respecto a atender a varones y mujeres que mantienen un vínculo de pareja en forma separada o conjunta, en problemas vinculados con la salud sexual y reproductiva, existe un gran debate y posiciones encontradas; no hay un acuerdo en relación con cuál es la posición más adecuada (De Keizjer 2003: 70). Mientras algunos sostienen que es necesario crear servicios separados y dar consulta para uno y otro sexo; otros consideran que sería más provechoso integrar los servicios de varones en los ya existentes dirigidos a la población femenina y dar consulta a la pareja con el fin de favorecer su comunicación y la toma de decisiones en aspectos como anticoncepción o tratamiento de ITS que involucran a ambos miembros de la pareja. Con respecto a esta última modalidad de atención, muchos consideran que hay que proceder con cautela, dado que de esta manera se puede perjudicar a la mujer. Una tercera postura argumenta que lo conveniente sería integrar los servicios para ambos, y que sean los proveedores de servicios quienes establezcan en cada caso cuándo trabajar en pareja y cuándo en atención individual (Ringheim 2002, Schutter 2000, Wegner *et al.* 1998, entre otros).

CONCLUSIONES

El análisis de las representaciones y prácticas médicas dominantes con respecto a la atención del VPH en la población masculina evidencia los supuestos técnicos, pero también los socioideológicos en que se sustenta el ofrecimiento de servicios a varones. Mientras los primeros se derivan de los hallazgos de la investigación clínica y epidemiológica, los segundos se nutren de los valores y significados sociales sobre la vida conyugal, las relaciones de pareja y la vida sexual de los conjuntos sociales.

Digamos en primer lugar que a pesar de las limitaciones diagnósticas y terapéuticas y del estado de controversia que aún existe en cuanto a los beneficios que confiere a la mujer, el tratamiento de su pareja, es meritorio que el servicio estudiado ofrezca detección y aten-

ción a los varones, haciéndolos corresponsables de su propia salud y la de su pareja.

Señalamos, sin embargo, que la modalidad de atención predominante basada en el diagnóstico y tratamiento de sólo un grupo de varones que son los que mantienen una relación conyugal con la paciente, hace que se priorice el vínculo marital por sobre otros arreglos sexoafectivos.

La emisión de mensajes preventivos dirigidos a los señores, particularmente cuando se mantienen relaciones ocasionales (extramatrimoniales), está legitimando la doble moral imperante en las relaciones entre varones y mujeres, a la vez que desaprovecha la oportunidad para ofrecer mensajes que refuercen la necesidad de autocuidado personal y de la pareja. Como en la atención de otras ITS, la práctica médica expresa y reproduce las normas dominantes sobre el ejercicio sexual diferencial entre ellas y ellos en una relación de pareja, por ejemplo, autorizando o tolerando más la infidelidad masculina que la femenina (Giffin y Lowndes 1999).

Ciertas resistencias, particularmente de parte de los estudiantes para revisar a pacientes varones, expresan limitaciones en el entrenamiento y capacitación como prejuicios homofóbicos, que deberían ser tomadas en cuenta y ser motivo de reflexión y capacitación por parte de los médicos que los entrenan.

Sería deseable que el servicio dirigiera la atención a los dos como miembros de una pareja, discerniendo en cada caso en qué ocasiones atender de forma individual y cuándo hacerlo en forma conjunta. Esta postura, sin lugar a dudas, requiere de una capacitación y entrenamiento en género, que le permita discernir al profesional cuándo actuar de un modo o de otro, tratando siempre de favorecer relaciones más igualitarias entre ambos a partir de un diálogo que los involucre positivamente en las decisiones relativas a su sexualidad y reproducción.

El éxito de la estrategia de servicios complementarios para hombres y mujeres exige la presencia de muchos elementos, en especial el reconocimiento de los proveedores de servicios de sus propias representaciones genéricamente determinadas sobre el cuidado de la salud, la atención a la enfermedad y el ejercicio sexual en varones y mujeres; es decir, de los valores personales relativos a la igualdad de los géneros en la esfera de la salud.

En síntesis, pensamos que la evidencia actual acerca del papel del varón en la transmisión del VPH y la carcinogénesis cervical presenta serios desafíos en la organización y dotación de servicios para ellos, así como indispensables implicaciones para la prevención y control de esta infección, entre las que se destaca el uso sistemático del condón.

REFERENCIAS

ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, J.

- 1997 *Virus del papiloma humano y esterilidad*, tesis para obtener el título de especialista en Biología de la Reproducción Humana, UNAM-Facultad de Medicina, División de Estudios de Postgrado-Instituto Nacional de Perinatología, México.

BOSCH, X.

- 2003 Epidemiology of human papillomavirus infections: new options for cervical cancer prevention, *Salud pública de México*, 45, supl. 3: S326-S339.

CASTELLSAGUÉ, X., F. X. BOSCH Y N. MUÑOZ

- 2003 The male role in cervical cancer, *Salud pública de México*, 45, supl. 3: S345-S350.

DE KEIJZER, B.

- 2003 Los hombres ante la salud sexual reproductiva: una relación contradictoria, en M. Bronfmany, C. Denman (editores), *Salud reproductiva. Temas y debates*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp. 59-82.

GIFFIN, K. Y C. M. LOWNDES

- 1999 Gender, sexuality and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice, *Social science & medicine*, 48: 283-292.

GÓMEZ MENA, C.

- 2005 Infecciones de transmisión sexual, puerta de entrada al SIDA, advierte experto de la OPS, *La Jornada*, 5-1-2005.

KREBS, H. B.

- 1993 Diagnóstico y tratamiento del compañero sexual, en C. S. Pineda (ed.), *Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. Avances recientes en epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Bases inmunológicas y de biología molecular*, Conferencias impartidas en el VI Curso Internacional de cáncer cervicouterino y lesiones premalignas, México, pp. 179-182.

LAZCANO-PONCE, E. ET AL.

- 2004 *Epidemiología de VPH en hombres mexicanos. Resultados preliminares*, Presentación en el X Congreso Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

LEYVA, A. ET AL.

- 2003 La baja utilidad de la determinación del ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina, *Salud pública de México*, vol. 45, supl 5: S589-S593.

RINGHEIM, K.

- 2002 When the client is male: client-provider interaction from a gender perspective, *Internacional family planning perspectives*, vol. 28, no.3, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York, pp. 170-175.

SCHUTTER, M. M. A. DE

- 2000 El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 7, no. 6, Washington.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

- 2002 *Secretaría de Salud-Dirección General de Epidemiología*, México.

SZASZ, I.

- 1998 Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México, *Debate feminista*, 18 (9): 77-104.

WEGNER, M. N. ET AL.

- 1998 El hombre como compañero en las cuestiones de salud reproductiva: de temas a acciones, *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, número especial, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York, pp. 32-37.

