



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ECONOMÍA ♦ DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN ECONOMÍA

*Construcciones de género en el autocuidado de la salud sexual
de los varones adultos en México. Una reflexión desde las
masculinidades y las políticas públicas. 2018*

ENSAYO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
Especialista en El Género en la Economía

PRESENTA:
Jorge Mendoza Valdez

TUTORA:
Esp. Gilda Guadalupe Ceballos Angulo

CIUDAD DE MÉXICO, 7 JUNIO DE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, clave IN302817, que lleva por nombre: “Trascendencia del gasto público en la incorporación de las mujeres al mercado laboral, Trabajo de cuidados y reproducción en América Latina”.

DEDICATORIAS

A mis entrevistados. Alberto, Alejandro, Benito, Carlos, Daniel, Ernesto, Fabricio y Roberto. Por darme su confianza y permitirme hacer las entrevistas de manera ordenada, siempre mostrando disposición ante un tema que pareciera “incomodo”

A mi hermano Ulises. Por tu influencia de meterme a esto de ser un investigador siendo apenas un *amateur*. La personita que me inspira desde el principio a “abrir la economía”, pues cuando yo pienso que la economía es una ciencia sumamente “cuadrada” con sus números y sus supuestos basados en “lo objetivo”, tu siempre me has insistido en que sea yo la persona que introduzca un nuevo esquema de análisis en la ciencia económica

A mi tutora Gilda Ceballos Angulo. Por su inagotable conocimiento y su seguimiento constante, siempre marcándome como se debe realizar una investigación con perspectiva de género. Mi *sensei* en el tema de la economía de los cuidados. Siempre estaré agradecido por tener esa mente abierta y la facilidad para dejarme explorar un tema aparentemente de otras disciplinas.

A la Dra. María Luisa González Marín. Por su enorme apoyo en el proyecto, desde el principio me dio las facilidades para hacer carrera en la investigación, hoy pienso y razono las cuestiones de la perspectiva de género en la economía gracias a usted.

A mis profesoras y profesor de la especialización. Hilda, Bethsaida, Gilda, Virginia, Isalia, Abraham y Tania. Por sus valiosos conocimientos, por sus facilidades y sobre todo por inspirarme cada día en ser un hombre convencido de que la perspectiva de género en la economía es toda una realidad que se tiene que poner en práctica en todos los espacios.

A mis compañeros y ahora amigos de generación de especialidad. Porque a pesar que fuimos únicamente 5 personas, fuimos la generación más combativa haciendo de la experiencia de un año, algo inolvidable.

Construcciones de género en el autocuidado de la salud sexual de los varones adultos en México. Una reflexión desde las masculinidades y las políticas públicas. 2018

Contenido

Índice de Cuadros.....	3
Índice de Gráficas.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	4
Palabras clave.....	4
Clasificación JEL.....	4
Introducción.....	5
El estado del arte.....	7
Marco teórico y conceptual.....	13
Capítulo 1. La salud sexual y el cuidado de sí en los varones. Una mirada desde las masculinidades y la perspectiva de género y derechos.....	18
1.1 Marco normativo para el cuidado de la salud sexual de los varones en México.....	20
1.2 Género, masculinidades y cuidado de sí.....	24
Capítulo 2. Construcciones de género en el cuidado de la salud sexual de los varones en México. 28	
2.1 Hombres en la salud y en la enfermedad. Las construcciones de género y las masculinidades en la salud sexual de los varones.....	29
2.2 Las masculinidades en cuestión. Percepciones sobre la salud sexual y el autocuidado, en algunos varones adultos mexicanos.....	35
Capítulo 3. Políticas públicas con perspectiva de género sobre la salud sexual de los varones en México.....	39
3.1 De la anticoncepción al VIH. Evolución de las políticas de salud sexual y reproductiva para los varones en México.....	40
3.2 Por un enfoque preventivo de las políticas públicas de salud sexual, para la promoción y el fomento del cuidado de sí, de los varones adultos mexicanos.....	43
Reflexiones finales y Conclusiones.....	47
Referencias bibliográficas.....	51
Anexos.....	56

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Principales causas de muerte en los varones, por grupos de edad. México, 2017 -----	Pág. 30
Cuadro 2. Cuestionario de entrevistas -----	Anexo
Cuadro 3. Guion de Entrevista Semiestructurada -----	Anexo
Cuadro 4. Resultados de las entrevistas -----	Anexo
Cuadro 5. Enfermedades, infecciones y padecimientos de la salud sexual de los varones -----	Anexo

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Distribución de casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) detectadas según sexo. México, 2017. -----	Pág. 28
Gráfica 2. Número de defunciones generales por sexo a nivel nacional. 1990-2017. -----	Pág. 29
Gráfica 3. Gasto en sida según categoría general de gasto. México, 2014-2015. -----	Pág. 39
Gráfica 4. Distribución del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2015 -----	Pág. 39

Resumen

El autocuidado representa, tanto en hombres como en mujeres, un elemento central en la preservación de la vida. Sin embargo, en los varones suele estar desatendido debido a una serie de actitudes, valores, ideologías y pensamientos que socialmente se han construido a partir de la idea de lo que significa “ser hombre”. Esto impacta negativamente la salud de los varones, porque omiten la prevención y atención de distintas enfermedades y padecimientos, de modo que contradicen su derecho a disfrutar de una salud sexual plena. En este trabajo se exploran algunas construcciones de género presentes en la subjetividad de los varones adultos mexicanos, respecto al cuidado de su salud sexual. Se reflexiona, también, sobre las características y alcances de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva para varones, su efectividad, sesgos y vacíos, frente a la creciente prevalencia de enfermedades posibles de evitar al detectarse oportunamente.

Abstract

Self-care represents in men and women a central point in the preservation of life; however, this aspect in men is often neglected due to a series of attitudes, values, ideologies and thoughts that have been socially constructed from the idea of what it means to "be a man". These ideas have an impact on the health of men due to the social construction of the "strong man" and that does not need care where many of them omit the prevention of diseases and conditions that can develop in different stages of life. This paper explores all those gender constructions that prevail in Mexican men, especially in the field of sexual health, as an important component in the well-being of people. It offers a reflection on the importance of public policies on sexual health for men based on the diagnosis of what is being implemented (or not) in Mexico. Because many diseases such as prostate cancer is growing at a national level and other conditions such as testicular and penile cancer, as well as those derived from Sexually Transmitted Infections (STIs) that have remained invisible in the health sector until now.

Palabras clave “autocuidado en varones”, “salud sexual en varones”,
“autocuidado de la salud sexual en varones” “masculinidades”,
“políticas públicas de salud sexual en México”

Clasificación JEL B540 Economía feminista

Introducción

El propósito del presente Ensayo, es documentar el tema del autocuidado de la salud sexual de los varones adultos en México, para lo que se hizo una extensa revisión de la literatura especializada. Encontramos que, el cuidado de sí o el autocuidado de la salud sexual de los varones es un tema sin desarrollar, aunque hay autores como Figueroa que han empezado a hacerlo. En general, los estudios sobre políticas públicas de salud sexual de los varones en México, todavía son escasos.

La salud sexual como uno de los ejes fundamentales del cuidado de la salud de las personas, forma parte de uno de los pilares que explican el concepto del autocuidado, el cual tendrá un impacto diferenciado dependiendo del género. Y es que el género es una categoría dinámica, que se basa en una construcción sociocultural que parte de la diferenciación de las distintas culturas respecto a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

La presente investigación es un trabajo de carácter descriptivo y se trata de una investigación exploratoria que contendrá datos estadísticos con el fin de argumentar las ideas planteadas, por lo que tiene una composición cuantitativa a pesar de ser un estudio mayormente cualitativo.

La elaboración del Ensayo, se basó en el planteamiento de varias interrogantes que fueron guiado la investigación. La pregunta general fue ¿a quién corresponde la responsabilidad del autocuidado de la salud sexual de los varones mexicanos? También se indagó sobre ¿cuáles son las construcciones de género que se relacionan con el autocuidado de la salud sexual de los varones en México? y, por último ¿cuál es el papel que tiene actualmente el Estado mediante las políticas públicas para el fomento del autocuidado de la salud sexual de los varones mexicanos?

Se consideró que la metodología mixta fue la más adecuada para el desarrollo del Ensayo, puesto que hubo una parte de información que fue analizada con estadísticas de morbilidad y mortalidad de los varones y sobre los servicios de salud

pública. Por otro lado, la investigación cualitativa se utilizó para el estudio de las construcciones de género y las masculinidades que intervienen en el autocuidado de los varones. También se obtuvo información de primera mano, con la realización de 8 entrevistas semiestructuradas a informantes calificados¹, varones adultos con edades de entre 30 y 65 años, con el objetivo de contrastar lo planteado en la literatura sobre las construcciones culturales para la salud sexual, con las percepciones de los entrevistados.

Los resultados de las entrevistas se muestran en un Cuadro 4 en el Anexo. Y hay que decir que fueron muy satisfactorios, pues se corresponden con los planteamientos de la literatura revisadas sobre las masculinidades y la salud sexual, y aunque hubo información que no pudo analizarse en este Ensayo, podría retomarse en futuras investigaciones.

Finalmente, el Ensayo se divide en tres apartados. En el primer capítulo se describe el marco normativo y las determinaciones que imponen las construcciones culturales de las masculinidades sobre el cuidado de sí o autocuidado de la salud sexual de los varones en México. En el segundo capítulo se analizan las construcciones de género en el cuidado de la salud sexual de los varones en México, analizando aspectos de morbilidad y mortalidad y las percepciones que encontramos en los varones entrevistados respecto al cuidado de la salud sexual. En el tercer capítulo se analiza cómo se incluye a los varones en las políticas públicas de salud sexual en México, y la campaña #SoyHombreYMeCuido, como medida de prevención para el autocuidado de la salud sexual de los varones. Por último, se plantean las Reflexiones finales y Conclusiones sobre lo analizado en el Ensayo, con algunas recomendaciones, a partir de la revisión de modelos de intervención sobre el autocuidado de la salud sexual para varones de otros países, desde el enfoque de derechos y con la perspectiva de género.

¹ Cabe señalar que algunos de los varones que se tenían contemplado que participaran en las entrevistas, se negaron a última hora, lo que se entiende, ya que tema es complicado por la dificultad que se tiene para externar cuestiones personales e íntimas.

El estado del arte

Para la realización de este ensayo, la revisión de la literatura se hizo principalmente sobre dos vertientes. La primera fue en el área de los estudios de los hombres, para documentar los temas de las masculinidades referidas a las construcciones culturales que prevalecen sobre la sexualidad y la salud sexual de los varones. Y la segunda, fue en el campo de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, sobre todo las que están dirigidas a los varones.

En relación a la primera vertiente de la revisión bibliográfica se tiene que, en la década de los años setenta, surgen en los Estados Unidos los *women's studies* (estudios de las mujeres o estudios feministas, de los que forman parte también los estudios de género), desarrollados por los movimientos feministas de la segunda ola y cuyo objetivo era impulsar el análisis de las distintas problemáticas de las mujeres, para tener incidencia política sobre ellas. Estos estudios son de gran relevancia académica, y cuentan con distintos abordajes multidisciplinares, principalmente dentro de las ciencias sociales y las humanidades, donde han tenido mayor presencia sus investigaciones.

En esa misma década, aparecen los primeros grupos de estudios sobre hombres y masculinidad, de acuerdo a Valdés y Olavarría (1997), como respuesta a los *women's studies* y las investigaciones feministas que ya habían evidenciado la categoría “género” como una característica central en la vida. En estos estudios de los hombres, Tena (2012, p. 273) distingue dos senderos por los que han transitado, que depende mucho de los objetivos. Un primer grupo es el que se denomina *movimientos de varones* (conservadores), los cuales reclaman la recuperación de los privilegios perdidos en contraposición con los movimientos feministas². Y, otro, denominado *grupo de varones* o “antisexistas”, movimiento que pretende desmontar

² Ejemplo de estos movimientos, fue el llamado “movimiento por el derecho de los hombres” (*men's rights*) que tuvo lugar en Estados Unidos en la década de los ochenta. En México en el año 2004, se pretendió instaurar el “día mundial del hombre” como una reacción a la existencia del día internacional de las mujeres (Tena, 2012).

el modelo de masculinidad hegemónica, por lo que reconoce las injusticias de género y su propio ejercicio del poder.

En los años noventa se nombran *profeministas* en Estados Unidos y Europa y, recientemente, en América Latina se les conoce como *Hombres por la igualdad*, que son grupos académicos que trabajan desde una perspectiva de género y, en algunos casos, se insertan propiamente en la investigación feminista con los “estudios críticos sobre varones y masculinidades” o trabajan de manera independiente con los *estudios sobre varones* o *de varones*.

Los *estudios sobre varones* tratan de dar explicaciones a una serie de desigualdades a las que se ven sujetas las mujeres, a partir de las condiciones y posiciones de los hombres, en un régimen patriarcal. En este caso, la masculinidad es definida de manera positivista como “*lo que los hombres son*”, sin embargo, como afirma Connell (1997, p. 104), esta definición presenta varias dificultades³, por lo cual es preciso definir este concepto como procesos y relaciones en las que hombres y mujeres son partícipes, y se aborda como una cuestión de poder desde una perspectiva histórica y cultural “*son relaciones que los varones establecen consigo mismos, con las mujeres, las niñas, los niños y la sociedad en general*”.

No obstante, al hablar de masculinidad, únicamente se hace referencia a una sola forma de ser hombre en la que por lo común se suele encajar el modelo tradicional del poder que ejercen los varones sobre las mujeres y otros varones, lo que Connell (1995) denomina como masculinidad hegemónica⁴ por lo cual es pertinente hacer la diferencia y pluralizar el término a masculinidades, mismo que en este trabajo se utilizará para identificar las múltiples formas de “ser hombre” en sociedad, a partir

³ Connell señala tres dificultades. Primera: se basa en una escala de lo masculino y lo femenino; segunda: confecciona una lista de lo que deben o hacen los hombres y las mujeres encasillándolas y encasillándolos a prototipos de género; tercera: considera las actitudes de algunos hombres y mujeres sin tener en cuenta realmente quien las realiza (Connell, 1997, p. 104)

⁴ Masculinidad hegemónica es un término que Connell (1995, p. 112) define como “*la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un momento específico, al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres*”.

de sus diferentes características étnicas, de orientación sexual, de raza, de identidad, entre otras⁵.

Además, este término ayuda a incluir todas las formas en las que las actitudes de los hombres van cambiando durante el tiempo y los contextos, pues en este sentido, las masculinidades son dinámicas e históricas; es decir no es lo mismo ser un varón de clase media de occidente, en una ciudad, con acceso a servicios educativos y de salud, que ser un varón indígena, o un varón pobre, que habita en una zona rural.

De acuerdo con Olavarría (2017), los principales aportes desde los *estudios de grupos de los varones* van en el sentido de cómo construyen su masculinidad, de donde se derivan diversas temáticas como las paternidades, la reproducción, la sexualidad, el trabajo y la violencia.

Los principales focos de la investigación aquí han sido, en primer lugar, el de las identidades masculinas con grandes aportaciones de Kaufman, 1987; Gilmore, 1994; Seidler, 1994; Badinter, 1993; Connell, 1995; Gutmann, 1996; Kimmel, 1992; Fuller, 1997 y 1998; Viveros, 1998 y Valdés y Olavarría 1997, entre otros (Citados en Olavarría y Parrini 2000, p. 11).

En segundo lugar, están los procesos subjetivos y el modelo de masculinidad dominante, seguidos por los abordajes de las contradicciones y conflictos que los varones enfrentan en la vida cotidiana. Destacan, en este sentido, el tema de las paternidades y la salud reproductiva⁶, el trabajo y las masculinidades desde el punto de vista de la división sexual del trabajo, la familia y el estudio del rol del “hombre

⁵ Connell (1995, p. 111) reconoce 4 principales masculinidades: Masculinidad hegemónica, Subordinadas, Cómplices y Marginadas. La(s) *masculinidad(es) subordinada(s)* son aquellas referentes a una dominación cultural, por ejemplo, los varones homosexuales son subordinados por varones heterosexuales debido a factores culturales impulsados por la masculinidad hegemónica. La(s) *masculinidad(es) cómplices* son aquellas que se construyen en formas que aprovechan los dividendos del patriarcado, es decir son aquellas que, con los privilegios del patriarcado, “hacen las paces” con algunos elementos fuera de los de la masculinidad hegemónica, por ejemplo, el matrimonio, la paternidad y la vida comunitaria hacen que algunos varones hagan compromisos profundos con las mujeres. La(s) *masculinidad(es) marginadas* son aquellas que tienen relación con otras estructuras como la clase y la raza; por ejemplo, las masculinidades de clase media interactuando con masculinidades de clase obrera.

⁶ En esta línea se pueden encontrar algunos trabajos como los de Parrini y Hernández, 2012; Jiménez, 2003; Valdés y Olavarría, 1997.

proveedor”⁷, la sexualidad desde contextos generales e identitarios que configuran las violencias a varones *gais*⁸ y bisexuales⁹, la violencia hacia las mujeres y las crisis de identidad¹⁰ y los temas de la salud en general.

Este ensayo se inserta en la perspectiva de esta última línea de investigación de las masculinidades, aunque centrado en la salud sexual y las prácticas de autocuidado que tienen, o no, los varones mexicanos adultos, frente a la existencia de servicios de salud pública que las orienten y promuevan.

Una segunda vertiente de análisis en este trabajo la constituyen las políticas públicas, sobre distintas temáticas y que suelen tener un impacto diferenciado para mujeres y hombres¹¹. La revisión de literatura sobre políticas públicas, en general, arroja un predominio de investigaciones sobre las mujeres y un abordaje realmente incipiente sobre las primeras y la experiencia de ser hombre (Figuroa, 2014).

Ramírez y Cervantes (2011) compilaron temas de políticas públicas y masculinidades donde los análisis de las políticas sobre salud sexual dirigidas a los varones, muestran que siempre van acompañadas por el factor reproductivo, además de aquellos estudios donde se involucra a la salud sexual como un enfoque de prevención de embarazo en las mujeres y prevención de VIH e ITS en los varones, como grupo de riesgo¹². Otras de las cuestiones son los evidentes sesgos de las políticas de salud sexual (y reproductiva) que mayormente van dirigidas hacia

⁷ Jiménez y Tena (2007), compilaron trabajos sobre el tema de autores como Mabel Burín, Regina Nava, Lucero Jiménez, Santiago Capela, Olivia Tena, María Alejandra Salguero y Laura Colín.

⁸ Plural de la palabra *gay*. Definida por la Real Academia Española (2015) en la que indica: “...En español, las palabras que proceden de otras lenguas y que terminan en una vocal abierta (-a, -e) seguida de una ye (-ay, -ey) forman el plural transformando la y en i y añadiendo una “s”...”. Disponible en: <http://lema.rae.es/dpd/?key=gay>. Este término se utilizará en el trabajo como reemplazo de la palabra “homosexual” que hacer referencia a varones que se siente atraídos de manera erótico-afectiva por otros varones, debido a que esta palabra tiene una connotación médica que patologiza la orientación sexual.

⁹ Se pueden mencionar trabajos como los de Giraldo, 2018; Núñez, 2016; Rocha y Gutiérrez, 2011; Amuchástegui y Szasz, 2008 y Careaga y Cruz, 2006, entre otros.

¹⁰ Ramírez y Cervantes (2013) compilaron los trabajos sobre el tema de Miriam Gutiérrez y de Carlos Eduardo Martínez.

¹¹ En un capítulo, más adelante, se abordará el análisis de las políticas públicas desde la perspectiva de género.

¹² En estos estudios destacan los de Ayala, 2016, Barker y Aguayo, 2012; Figuroa, s/n. Citados en Ramírez y Cervantes 2011, pp. 208-210.

las mujeres y los varones jóvenes, dejando fuera el involucramiento de los hombres adultos en los procesos de salud y enfermedad de la sexualidad, que en este ensayo son sujetos de estudio.

Otro enfoque fundamental del análisis que tienen las políticas públicas sobre la salud de los varones, considerando las masculinidades, es a partir de las causas de la (sobre)mortalidad de los varones (Figuroa 2010, 2007 y 2001. Citados en Figuroa 2015, p. 125) y como factor de riesgo por sus comportamientos violentos (Benno de Keijzer 2016, 2010, 2001 y 1998).

Figuroa y Franzoni (2008) reflexionaron sobre la manera como se construyen las políticas públicas de salud dirigidas a los varones, cuestionándose sobre los posibles problemas y necesidades que ellos pueden tener, desde la consideración de las características que tienen sus masculinidades. Y encuentran que, precisamente, en las características de fuerza y poder que se les atribuye a los varones, radica su vulnerabilidad y necesidades de cuidados, ya que sus comportamientos provocan altas cifras de accidentes cuando son más jóvenes, el mayor consumo de drogas y alcohol, menor esperanza de vida que las mujeres y la negación de sus emociones, entre otras cosas.

La investigación sobre las políticas públicas de la salud sexual de las mujeres, tuvo un gran auge con el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el impulso que dio la Conferencia y la Plataforma de Beijing a la transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas. En efecto, cuando se revisan las políticas de salud sexual y reproductiva se observa que, en general, las mujeres reciben más atención que los varones, justificada por las necesidades de cuidados que ellas tienen a partir de la función biológica de la reproducción, donde se tienen altas tasas de morbi-mortalidad femenina.

Por otra parte, en las identidades de género de las mujeres, está presente la responsabilidad moral del cuidado de los otros, pero también el hábito del cuidado de su salud sexual y reproductiva, mayormente ligado a la maternidad. Esto se

retroalimenta con la existencia de más servicios de atención, programas y políticas públicas dirigidas a las mujeres que a los hombres, por los motivos antes expuestos.

Pero en el caso de las políticas públicas de salud sexual para varones, es evidente que aun cuando ellos son los titulares del derecho a la salud (a partir del empleo formal), eso no garantiza que realmente tengan “acceso” a los servicios médicos, puesto que las construcciones de las masculinidades les impiden reconocer sus malestares y pedir ayuda, sin llegar a asumir su responsabilidad en el autocuidado de su salud sexual.

El tema de las políticas públicas sobre la salud sexual de los varones casi no ha sido explorado, no sólo en México (Figueroa, 2014; Figueroa y Franzoni, 2008), sino en varios países de la región, como se reporta en algunas investigaciones de Colombia (Ochoa-Marin y Vásquez-Salazar, 2012) y de Cuba (Álvarez, Calero y León, 2006). Y por lo que respecta al propio tema del Ensayo - el autocuidado de la salud sexual de los varones adultos en México- la revisión de la literatura permite ver que este es asunto prácticamente inexplorado, aunque se encontró un artículo de Figueroa (2015), donde reflexiona sobre el ser hombre desde el cuidado de sí, con el que se inicia una línea de investigación mucho más específica y a la que trata de abonar este trabajo.

Marco teórico y conceptual

El tema de estudio del presente ensayo puede ser explicado desde dos grandes campos de conocimiento, la economía del cuidado, desarrollada desde la economía feminista, y (el del análisis de) las políticas públicas. Desde la economía del cuidado se afirma que hablar de cuidados es priorizar el bienestar de las personas, por lo que el análisis de las políticas públicas indica la importancia que a esto se le concede, en el quehacer gubernamental y sus planes de desarrollo (Pérez y García, 2014).

Los cuidados son en sí mismos, un indicador de género ya que se dan y se reciben de manera diferenciada entre mujeres y hombres. Por la división sexual del trabajo, los cuidados se proveen en los hogares, fundamentalmente por las mujeres, por lo que, además, a éstos se les asocia con lo femenino, con lo propio de las mujeres. Los hombres tradicionalmente han estado alejados de los cuidados familiares, pero también les es ajeno, en la mayoría de los casos, su propio autocuidado.

De acuerdo a Bourdieu¹³, el sistema que compone los hábitos y conductas que denomina *habitus*, explica las distintas formas en cómo se comportan las mujeres y los hombres ante pilares como la salud y el cuidado. En el caso de los varones estas conductas se relacionan con conductas de riesgo en su salud, por ejemplo, los accidentes de tránsito, el alcoholismo, las lesiones por violencia y los accidentes laborales.

Esto nos remite al tema de las masculinidades, desde donde se explican las construcciones culturales que permean las identidades de los varones sobre su sexualidad y las actitudes y comportamientos respecto al cuidado de su salud sexual. Pero permea también a los marcos de sentido desde donde se formulan las políticas públicas de salud sexual y reproductiva dirigidas a los varones de acuerdo a su ciclo de vida.

¹³ Bourdieu, 1995. Citado en Arenas y otros 2012, p. 9.

En este sentido, la perspectiva analítica de las políticas de salud sexual para los varones en el ensayo, pretende involucrar no solo aspectos de salud-enfermedad, como la prevención de ITS y el VIH, sino también la promoción y el fomento del autocuidado de la salud sexual en los varones, a partir de un nuevo esquema de la vivencia de sus sexualidades. Esto implica visibilizar, sobre todo, padecimientos de disfuncionalidades, enfermedades e infecciones que puedan vulnerar la sexualidad de los varones, y la necesidad de generalizar la provisión de procesos de consejería y salud sexual emocional, pues algunos padecimientos de la sexualidad suelen tener impacto sobre las emociones de los varones y viceversa.

Por último, tanto el cuidado y autocuidado como la salud sexual y reproductiva, forman parte de los derechos humanos, por lo que el ensayo estará fundamentado en el enfoque de derechos y en la perspectiva de género. Los principales conceptos que se utilizan a lo largo del ensayo para analizar las construcciones culturales de las masculinidades presentes en el autocuidado de la salud sexual de los varones adultos mexicanos, frente a las políticas públicas dirigidas a ellos, son los que se definen a continuación:

Género. Son el conjunto de elementos que definen lo que se entiende por “ser hombre” y “ser mujer” en la sociedad. Implican la concordancia entre el lugar social y económico que se ocupa y el sexo biológico asignado. La sociedad está construida de forma binaria, otorgando roles y características distintas y opuestas a la masculinidad y a la feminidad. Se asume también que todas las personas deben encajar en esa construcción dual. Esa construcción además de dual es jerárquica, porque los elementos asociados a la masculinidad son más valorados que los asociados a la feminidad. Las relaciones entre mujeres y hombres son relaciones injustas, porque se basan en la desigualdad. Uno de los elementos definitorios de este marco es la esencialización de los cuidados entendidos como una capacidad innata de las mujeres y como su destino vital. La división por género del trabajo es otra dimensión clave de la construcción desigual de género (Pérez y García 2014, p. 237).

Sexo. *Refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombres o mujeres. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como masculinos y femeninos (OMS, 2012)*

Sexualidad. *“La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones” (OMS, 2002).*

Salud sexual. *“Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas”¹⁴. (OMS, 2002).* Cabe señalar que únicamente se hace referencia a la salud sexual y no como “salud sexual y reproductiva” ya que son dos conceptos muy diferentes y cada uno tiene diferentes implicaciones; en este caso, se analizarán los procesos que tienen que ver con la salud sexual, sin embargo, para el análisis de políticas públicas de salud sexual, se hará una mención sobre la salud reproductiva y sus implicaciones.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). *“Son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes y se propagan predominantemente por contacto sexual”.* Además de las ITS tradicionales (sífilis, gonorrea), bajo este término ahora también se incluyen las siguientes: el VIH, causante del sida; clamidiasis; tricomoniasis; el Virus del Papiloma Humano (VPH), que puede causar cáncer de cuello uterino, de pene o de ano; HSV o herpes genital; chancroide;

¹⁴ Estas definiciones fueron desarrolladas a través de un proceso de consulta con expertos internacionales que comenzó con la Consulta Técnica sobre Salud Sexual en enero de 2002. Reflejan una comprensión evolutiva de los conceptos y se basan en documentos de consenso internacional tales como el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing.

micoplasmas genitales; hepatitis B; tricomoniasis; infecciones entéricas y enfermedades ectoparasitarias (enfermedades causadas por microorganismos que viven en el exterior del cuerpo huésped) (OMS, 2002; ONUSIDA, 2015, p.4) .

Derechos sexuales. *“Los derechos sexuales abarcan los derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, los documentos internacionales de derechos humanos y otras declaraciones de consenso. Incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a:*

- *El más alto nivel posible de salud sexual, incluido el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva*
- *Buscar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad*
- *Respeto a la integridad corporal*
- *Decidir ser sexualmente activx o no*
- *Tener relaciones sexuales consensuales*
- *Matrimonio consensuado”* (OMS, 2002)

Derechos reproductivos. *Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (ONU-SIDA, 2015).*

Derecho al cuidado. *“Significa que toda persona tiene derecho a cuidar, a ser cuidado y a cuidarse (autocuidado) y que no sólo sitúa y empodera de manera distinta a cada uno de sus titulares, sino que desvincula el ejercicio del derecho de la condición o posición que ocupe [...] el reconocimiento del cuidado como derecho implica incorporara estándares y principios a la actuación de los Estados en las situaciones concretas. [...] En rigor, se trata de garantizar el derecho al cuidado, en tanto derecho universal y propio de cada persona”* (Pautassi 2016, p. 6).

Cuidado de sí. *“El cuidado de sí se entiende como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones...El cuidado de sí es una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo”.* El concepto fue desarrollado por Michael Foucault en su obra “La hermenéutica del sujeto”, 2011 (Chirolla 2007, p. 241. Citado en Garcés y Giraldo, 2013, p. 188).

Autocuidado. *Conjunto de actividades que las personas realizan cotidianamente para mantener en buen estado su salud y su calidad de vida, considerando factores físicos, emocionales y sociales. La capacidad que una persona tiene de cuidar de sí misma depende de factores socioculturales, económico, patrones familiares y la historia personal (Arenas, Hdz, Valdez y Bonilla, 2004. Citado en García, 2014, p. 28).*

Capítulo 1. La salud sexual y el cuidado de sí en los varones. Una mirada desde las masculinidades y la perspectiva de género y derechos

El tema de la salud sexual y reproductiva surge de varios ordenamientos internacionales, entre ellos los de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing (1995).

La Conferencia de El Cairo, dio un viraje a la manera tradicional en que se venían tratando cuestiones como la salud materno-infantil, el control de la natalidad, las necesidades de la planificación familiar y la disponibilidad de servicios de salud reproductiva. Se contaba con problemas tan graves como las altas tasas de mortalidad materno-infantil por la falta de acceso de las mujeres a los servicios de salud, en los que estaban presentes las construcciones de las masculinidades con el control y el dominio de los hombres sobre el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres. Había también, en los varones, falta de compromiso respecto a sus hijos (económica y afectiva) y una sexualidad descuidada, que se ejercía sin control de los embarazos ni protección del contagio de ITS, especialmente cuando se había desencadenado ya a nivel mundial la epidemia del VIH/SIDA.

Con la Conferencia y la Plataforma de Acción de Beijing, los principales avances se tuvieron en promover medidas para la igualdad de género, entre ellas las que dieron mayor autonomía física a las mujeres a partir del derecho a decidir sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su función reproductora. En la Conferencia de Beijing, nuevamente se apela al sentido de responsabilidad de los varones para el cuidado de su salud sexual, con la prevención de riesgos de contraer ITS, evitar el embarazo adolescente y mejorar sus paternidades.

Al parecer, los resultados que lograron ambos pronunciamientos no fueron tan sustanciales, ya que, para lograr estas nuevas actitudes y comportamientos de los varones (masculinidades), se requiere de acciones más concretas y basadas en la corresponsabilidad, con un papel rector del Estado junto a la concurrencia de un

sinnúmero de actores sociales, principalmente de varones, que contribuyan a la reconstrucción de las masculinidades (ONGs, principalmente conformadas por varones)

El derecho al autocuidado de la salud sexual de los varones, debe construirse desde la perspectiva de derechos, las masculinidades y la perspectiva de género. En la Ciudad de México, ya existe un marco normativo más avanzado que el que tenemos a nivel nacional. Su Constitución Política (2017) fue formulada desde la perspectiva de derechos, por lo que establece, expresamente, en el Artículo 6, (Apartado E) los Derechos sexuales y (Apartado F) los Derechos Reproductivos, y en el Artículo 9, Apartado B, el derecho al cuidado, donde se considera incluida la posibilidad del autocuidado¹⁵.

¹⁵ Asamblea Constituyente (2017). Constitución Política de la Ciudad de México, 2017, pp. 24 y 25.

1.1 Marco normativo para el cuidado de la salud sexual de los varones en México

Existen distintos ordenamientos jurídicos y legales que, de conjunto, son los que pueden arrojar el derecho de los varones al autocuidado de la salud sexual. Estos se pueden ver desde dos vertientes: los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al cuidado.

El concepto de salud reproductiva surge con un enfoque de género y articula demandas feministas como la autonomía y la autodeterminación sobre el cuerpo, la sexualidad y la maternidad. Sin embargo, es necesario incluir a los hombres en la búsqueda de nuevas relaciones, más igualitarias y con equidad.

Esto se cristaliza en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, al plantearse una nueva estrategia sobre población y desarrollo, centrada en satisfacer las necesidades individuales de mujeres y hombres, por encima de los objetivos demográficos sobre la reproducción. Lo anterior requería de nuevas actitudes por parte de los hombres, por lo que se promueven cambios en sus masculinidades desde distintas Plataformas internacionales como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, y de la IV Conferencia Internacional de las Mujeres de Beijing, en 1995.

Los pronunciamientos de la Conferencia de El Cairo sobre la salud sexual y reproductiva, fueron en el sentido del nuevo concepto de salud reproductiva, en relación con la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, no condicionada a la procreación, y que debía decidirse libre y responsablemente, conjuntamente mujeres con varones. En el Programa de Acción se hizo hincapié en reducir la mortalidad materna y lograr el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva y salud sexual, incluyendo la planificación familiar.

Los cambios que se promovieron respecto a los hombres fueron en cuanto a la no violencia contra las mujeres, la paternidad responsable y la participación activa en la vida productiva y reproductiva, su involucramiento en el proceso reproductivo de

las mujeres, el control de su comportamiento sexual y reproductivo, y la prevención de ITS, incluido el VIH/SIDA.

En la Conferencia de Beijing se volvió a insistir en que la participación de los varones era clave para el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva y prácticamente se retomaron las recomendaciones hechas en la Conferencia de El Cairo sobre el cuidado de la salud sexual previniendo la transmisión de las ITS, incluido el VIH/SIDA, y medidas de anticoncepción sobre todo respecto al embarazo adolescente (Mora 2001, p. 181).

En correspondencia con los acuerdos de estas Conferencias Internacionales, México formuló el primer Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, al que le siguieron otros dos programas sexenales que, por primera vez colocaron el derecho a la salud reproductiva por encima del objetivo demográfico del control natal (Espinosa y Paz 2004, pp. 129-130). Sin embargo, la participación de los hombres en estas políticas de salud reproductiva se ha visto inclinada a la anticoncepción y la paternidad responsable.

En México, el derecho a la protección de la salud y la decisión informada y responsable de cuantos y cuándo tener hijos, se establecen en el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Las leyes que regulan la prestación de servicios de planificación familiar son, La *Ley General de Población*¹⁶ en su Artículo 3° (Fracción II, realizar programas de planeación familiar a través de servicios educativos y de salud pública) y 5° (creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) a cargo de la planeación demográfica del país) y la *Ley General de Salud*¹⁷, también en el Artículo 3 (Fracción VII, donde se establece que la planificación familiar es materia de salubridad general) y los Artículos 67 a 71 (que establecen el carácter prioritario de la planificación familiar, los servicios que comprende y la facultad que tiene la Secretaría de Salud para coordinar a las

¹⁶ Cámara de Diputados. *Ley General de Población*. Consultada el 30 de marzo de 2019 en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140_120718.pdf

¹⁷ Cámara de Diputados. *Ley General de Salud*. Consultada el 30 de marzo de 2019 en http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

dependencias del sector en acciones de planificación familiar). También, cada Ley cuenta con su propio *Reglamento*.

A partir de la conceptualización y normatividad de la salud reproductiva, hablar de esta implica también hacer referencia a “los derechos sexuales y reproductivos” de hombres y mujeres, que se refieren a la capacidad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, el goce y disfrute de la sexualidad y decidir libremente cuándo y cuántos hijos se desea tener (Szasz, 2012).

Los derechos sexuales se refieren a la libertad de las personas para ejercer su sexualidad de manera saludable, mientras que los derechos reproductivos tienen que ver con la decisión libre de las personas para tener, o no, hijos, el número y el espaciamiento. Sin embargo, es muy claro que el tema de la salud sexual y los derechos sexuales, no tienen la misma relevancia dentro de las políticas públicas, cuyo foco sigue siendo la planificación familiar y el control del embarazo adolescente

A pesar de esto, a nivel mundial, se ha hecho una férrea defensa de los derechos sexuales como parte de los derechos humanos. La *World Association For Sexual Health* (WAS), plantea que “dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales, [,,] deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales”¹⁸

En México se tuvo una primera edición de los (14) Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes¹⁹, que se difunden mediante *Cartillas* que promueve el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), el ISSSTE, el IMSS, la Comisión

¹⁸ WAS. *Derechos Sexuales*. Consultado el 20 de abril de 2019 en <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>

¹⁹Gobierno de México. Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE). *¿Ya conoces la “Cartilla de Derechos Sexuales”?*. Consultado el 20 de abril de 2019 en <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/ya-conoces-la-cartilla-de-derechos-sexuales?idiom=es>

Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), entre otros.

Por otra parte, considerando la segunda vertiente de normatividad correspondiente al derecho al cuidado, una primera observación es sobre el menor tiempo que tiene su construcción en América Latina. Sin embargo, Pautassi (2016) considera que, si la primera década del siglo XXI fue caracterizada como la “década de los derechos”, la segunda se podría considerar como la “década del cuidado”, por la creciente visibilidad que adquiere esta problemática debido a la crisis de los arreglos familiares junto al cambio demográfico de la región.

Son varios los instrumentos internacionales que mandatan los cuidados a los países en forma vinculante, sin embargo, el ingreso del cuidado como un derecho en la Agenda Regional de Género, se logró específicamente con los tres últimos consensos: el *Consenso de Quito* (2007), el *Consenso de Brasilia* (2010) y el *Consenso de Santo Domingo* (2013).

“Un objetivo central de desarrollo debe ser el acceso a cuidados dignos y universales [para todas y todos], que sea multidimensional y abarque:

- recibir los cuidados precisados en distintas circunstancias y momentos del ciclo vital, y a que estos cuidados respondan a los sentidos propios;
- decidir si se desea o no cuidar, con la posibilidad de cuidar y cuidarse en condiciones dignas, y garantizar el derecho a derivar el cuidado de personas en situación de dependencia cuando entra en conflicto con el disfrute de otros derechos” (Pérez y García 2014, p. 29).

Pautassi (2016, p. 6) resume el significado del derecho al cuidado diciendo que toda persona tiene derecho a “cuidar, a ser cuidado y a cuidarse (autocuidado)”.

En el caso del autocuidado de la salud sexual de los varones, se debe trabajar por conseguir cambios en el rol que tienen dentro de las políticas públicas de salud, y que su formulación responda realmente a sus necesidades y logren incidir en el efecto negativo y destructor de las construcciones de las masculinidades.

1.2 Género, masculinidades y cuidado de sí

La utilización de la perspectiva de género y de las masculinidades en las políticas públicas de salud, sirven para mostrarnos que al no existir una sola manera de ser hombres o mujeres, las intervenciones de política pública de salud y de salud sexual, tienen que construirse de manera más amplia, de acuerdo a las distintas necesidades de la población considerando además, su edad, el nivel cultural y educativo, el lugar de residencia y su orientación sexual, entre otras dimensiones de desigualdad. Esto redundaría en la posibilidad de avanzar hacia relaciones de género más igualitarias y equitativas.

La perspectiva de género permite visibilizar las desigualdades que se generan entre hombres y mujeres en distintos ámbitos, mediante las identidades, roles y estereotipos condensados como construcciones culturales de relaciones jerárquicas de poder, y por las que se establecen una serie de medidas que privilegian o afectan a un género respecto a los otros. “La categoría de género, permite observar el proceso que llevó a la naturalización de necesidades, deseos, aspiraciones y posibilidades asignadas diferencialmente a hombres y mujeres, a partir de representaciones de ‘lo masculino’ y ‘lo femenino’...” (Flacso Uruguay 2016, p. 9).

Por lo que respecta a las determinaciones que impone la construcción cultural de la masculinidad hegemónica sobre el cuidado de sí y el autocuidado de la salud de los varones, se podría afirmar que sí tiende a obstaculizarlo y levantar una barrera infranqueable entre las necesidades de prevención y atención médica y los servicios de salud pública. Y tal como lo concibe Bourdieu (1995), algunas actitudes y hábitos representan una problemática en el cuidado de sí de los varones, lo que genera costos de todo tipo, pero principalmente los costos de sus propias vidas, porque a partir de creencias y valores establecidos, se desencadenan riesgos de salud que suelen ser mortales. De allí la importancia de establecer un fomento al autocuidado y el cuidado de sí en los varones.

El autocuidado es un concepto que se plantea como un conjunto de prácticas para mantener un buen estado de salud y de calidad de vida, sujeta a cuestiones socioculturales, económicas, personales y familiares (Arenas, Hernández, Valdez y

Bonilla, 2004. Citado en García, 2014, p. 28). Por su parte, el cuidado de sí como categoría de análisis (desarrollada por Foucault), parte de supuestos de carácter filosófico que identifican la relación entre la corporalidad y otros aspectos del bienestar como lo espiritual, lo cultural y todo aquello vinculado a las subjetividades.

Dicha categoría abarca tres aspectos fundamentales que reflejan la amplitud de este enfoque teórico: a) el primero es una actitud con respecto a sí mismo, con respecto a los otros y con respecto al mundo; b) el segundo, es una manera determinada de prestar atención a lo que se piensa, a lo que sucede en el pensamiento; y, c) el tercero, la noción de cuidado de sí designa una serie de acciones que uno ejerce sobre sí mismo, acciones por las cuales uno se hace cargo de sí mismo. (Lanz, 2012. Citado en Garcés y Giraldo 2013, p. 190).

El cuidado de sí establece, en un primer momento, una relación consigo mismo y sólo a partir de realizar una serie de acciones que favorezcan al bienestar de una persona, aquella puede cuidar de otras personas. Foucault plantea que una persona no puede tener cierto efecto en otras personas si no ha cuidado de sí mismo, por ello, no se puede cuidar de sí mismo, dejando de cuidar de las otras personas.²⁰

Los mandatos de las masculinidades²¹ se crean y se recrean socialmente, en la vida cotidiana, tanto por los hombres como por las mujeres y a través de las distintas prácticas de la socialización. La construcción de las masculinidades establece una relación directa con la socialización de distintos mensajes, que van desde lo individual a lo social, pasando sobre el sistema económico a través de una serie de mandatos en los que, por ejemplo, se reconoce a los varones como principales proveedores en las familias y a las mujeres como responsables de mantener las condiciones necesarias para la reproducción de la fuerza de trabajo masculina.

²⁰ La pregunta que surge es ¿hasta dónde, en una sociedad patriarcal, sería posible el cuidado de sí por parte de los varones? Y, sobre todo ¿hasta dónde es posible esto en una sociedad como la mexicana?

²¹ Entre los principales mandatos disciplinadores de la masculinidad hegemónica son: no expresar afectos y privilegiar lo racional y la acción; no expresar dependencia ni debilidad; tener mucho deseo sexual; vivir el propio cuerpo desde un registro desafectivizado; ser homofóbico y misógino y ser proveedor (Flacso Uruguay 2016, pp. 14-15)

Las mujeres establecen una cercanía con los cuidados, pero más como un mandato social donde tienen que aprender a cuidar de los otros, desde edades tempranas. También practican el autocuidado, por los riesgos que se sabe corren ellas con la maternidad, en donde las razones que sostienen para cuidarse, son también los otros: la familia, las/los hijos.

Estos mismos mandatos socioculturales de la masculinidad hegemónica, determinan que los hombres tienen que ser “arriesgados”, “audaces”, “valientes” y actuar en todo momento con “rudeza”. De ahí que para los hombres se establecen procesos de lejanía con los cuidados -hacia las y los demás, como consigo mismos- lo que se manifiesta mediante la “dureza”, pues la expresión de emociones, sensaciones, preocupaciones, malestares, ansiedades, entre otros, se niegan y permanecen como experiencias silenciadas en la vida de los hombres.

Ellos continuamente reprimen sus dolores y malestares pues, de expresarlos, se considerarían como actos de debilidad y esas actitudes sólo son propias de las mujeres (en términos de lo que involucra la construcción de lo femenino), por lo que se consideraría que un hombre femenino es homosexual. Y eso, está fuera de los mandatos impuestos, por lo que se debe castigar, por ejemplo, haciendo burla y cuestionando su identidad como hombre²².

Lo anterior, representa un problema para el cuidado de sí en todos los aspectos en el caso de los varones, ya que se marca el vínculo donde los cuidados suelen ser propios de lo femenino. Excepcionalmente, los varones deportistas de alto rendimiento suelen “cuidarse” de manera integral, sin embargo, la relación que se establece con su cuerpo suele tener un significado diferente, puesto que tiene que ver con el rendimiento físico y con la frase típica de “no rajarse” o no rendirse, lo cual también representa un descuido importante en la preservación de la vida (De Keijzer, 2003).

Por otro lado, la relación que se establece entre los cuidados y el trabajo entre los hombres, parece ser contradictoria pues, como analiza De Keijzer (2003) sobre las masculinidades desde la dimensión corporal y de la salud, los varones ven a su

²² Se les denosta con apodos como “raro”, “nena” o “mariquita”.

cuerpo como un instrumento o una herramienta de trabajo. Por esto, explica el autor, frases como “hasta que el cuerpo aguante” -que normalmente son utilizadas por varones- develan que los hombres conciben su cuerpo como un instrumento donde el trabajo y la fuerza corporal son centrales para manifestar aquella masculinidad hegemónica, haciendo constantemente alusión a un mandato que tiene que ver con su rol de proveedor del hogar. De esta forma, se manifiesta la centralidad del trabajo en la construcción de la identidad masculina.

Capítulo 2. Construcciones de género en el cuidado de la salud sexual de los varones en México

El sistema de diferenciación de lo que es propio en la salud femenina, sería todo aquello relacionado con el cuidado de otras personas a costa del (des)cuido propio²³, mientras que, en lo masculino, los cuidados están ausentes, no sólo respecto a los otros sino a sí mismo, por la serie de mandatos sociales en los que los hombres deben reafirmarse ante los demás, estableciendo relaciones de poder y dominio y corriendo riesgos, entre otros, los de su salud y la de las y los demás.

Estos riesgos implican que se imposibilite el cuidado de sí en todos los sentidos al generarse, a lo largo de la vida, una serie de resistencias a las prácticas que permitan el bienestar de los varones. Al respecto, Benno de Keijzer (2016, 2010 y 1998) propone analizar la masculinidad hegemónica como un factor de riesgo, vinculado a lo que plantea Michael Kauffman (1989)²⁴ sobre la llamada “triada de la violencia” que explica como los varones ejercen violencia sobre las mujeres, las niñas y los niños y hacia otros hombres. Por su parte, Figueroa (2015, p. 123), se cuestiona si la falta de cuidado de sí de los varones, sea violencia sobre sí mismo.

La socialización por género implica una apreciación diferente de los cuerpos y el autocuidado. Sobre esto, autores como Arenas, Hernández, Valdez y Bonilla (2001), consideran que las mujeres postergan su propio autocuidado por cuidar de los integrantes de la familia, lo que para Szasz (1999) implica el cumplimiento del mandato social de cuidar de otros. (Citado en Arenas y De Keijzer, 2012, p. 9). En tanto que, los varones perciben su cuerpo como un instrumento de trabajo, para ser utilizado y controlado, sin escuchar y prestar atención a sus necesidades (Arenas y De Keijzer, 2012, pág. 9), ni percibir o verbalizar claramente lo que sienten y necesitan (Seidler, 1997; Eisenstaedt, 2014. Citado en Figueroa 2015, p. 129).

²³ Hernández, Arenas, Valdez y Bonilla (2001)

²⁴ Kauffman 1989. Citado en De Keijzer, 1998, p. 5.

2.1 Hombres en la salud y en la enfermedad. Las construcciones de género y las masculinidades en la salud sexual de los varones

La utilización del género en la salud, permite explicar el comportamiento de hombres y mujeres, por ejemplo, ante un hecho biológico como es la maternidad-paternidad. Sus representaciones son diametralmente opuestas ya que, mientras que la maternidad para las mujeres se ve como algo natural, que se asume por instinto, por amor, por identidad (rol materno) y como acto de realización, para los hombres la paternidad se considera como no natural y no instintiva, que puede asumirse o no, pues su rol de proveedor está por encima del paterno.

En cuanto a enfermedades y padecimientos, el sexo podría explicar la alta incidencia de cáncer mamario y cérvico-uterino en las mujeres, mientras que, en los varones, la mayor incidencia de cáncer de próstata. Pero el género explicaría la mayor incidencia de cáncer de páncreas en los varones, asociado al consumo de alcohol por conductas promovidas para la afirmación de su masculinidad, en tanto que, en las mujeres, el género explicaría que las expresiones del “malestar de la feminidad”²⁵ -depresión, somatizaciones y frustración-, y los síndromes derivados del cansancio físico y mental que provoca en ellas la sobrecarga del cuidado familiar y el trabajo doméstico²⁶. También las lesiones físicas y emocionales infringidas por violencia doméstica y de género, hasta llegar al feminicidio.

Para ver la influencia de las masculinidades sobre el cuidado que tienen los varones de su salud en general, debe tenerse en cuenta que, a pesar de que ellos son los “titulares” del derecho a la salud, cuando tienen empleo formal²⁷, son los que menos asisten a las consultas médicas, debido a sus percepciones sobre el cuidado y el

²⁵ Betty Friedan, teórica feminista estadounidense de la segunda ola, escribió en 1963 su libro *La mística de la feminidad*, iniciando con un capítulo sobre “el malestar que no tiene nombre” que describe comienza con un malestar difuso y termina por causar enfermedades verdaderas.

²⁶ Síndromes reconocidos clínicamente como el de “ama de casa” y la “abuela cuidadora”. *El malestar de las mujeres*. Blog de María Bilbao. Recuperado de <http://mariabilbaopsicologia.com/el-malestar-de-las-mujeres/>.

²⁷ Pueden ser derechohabientes del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y las Empresas Paraestatales o del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Hasta antes de 2019, la población abierta era atendida por la Secretaría de Salud, mediante el Seguro Popular, lo que se está replanteando para un nuevo esquema de salud universal para toda la población.

autocuidado²⁸. Los datos de la Secretaría de Salud (2017), confirman la poca disposición de los varones para acudir a consultas médicas regulares, como una práctica que permita evitar complicaciones de enfermedades, infecciones y/o padecimientos: sólo el 27% de los varones acude a consultas de manera recurrente y de cada 10 consultas de este tipo, 3.5 son proporcionadas a hombres.

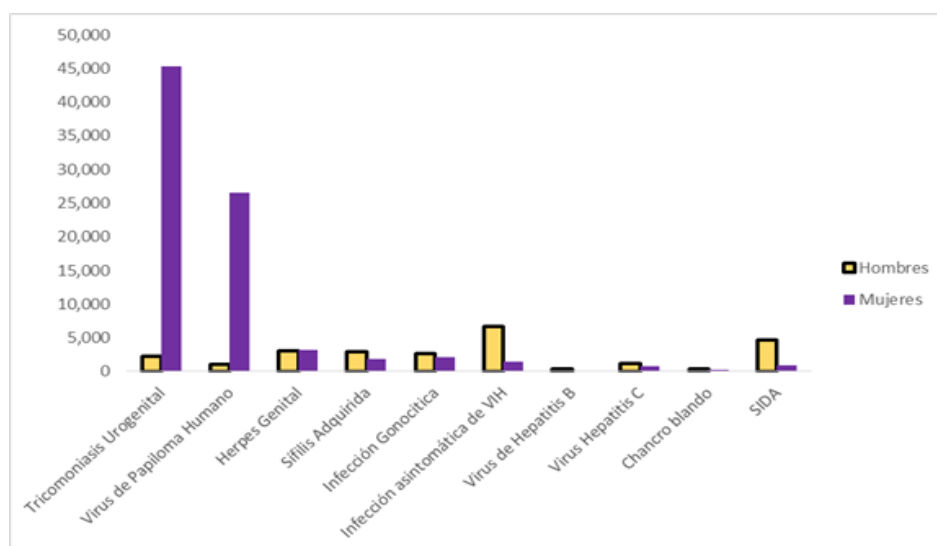
El escenario resulta más problemático en el caso de la salud sexual. Por ejemplo, el ISSSTE (2017) reporta que las consultas de Urología en 2017, fueron en total de 170,657, lo que representa sólo el 1.04% respecto del total de consultas por especialización médica. Otro problema es la opacidad en la información pública en cuanto a las consultas de especialistas sobre las problemáticas que atañen a la sexualidad de los varones.

Una de las principales construcciones de las masculinidades respecto a la salud sexual, está en las relaciones sexuales sin protección. El sexo protegido, que consiste en utilizar métodos de barrera para la transmisión de fluidos responsables de una ITS -con el uso del condón-, se rechaza por muchos varones a los que les gusta exponerse al riesgo, de manera consciente y a manera de afirmación de su virilidad. Esto tiene serias consecuencias de riesgo para la salud de los varones, pero sobre todo para las mujeres que son sus parejas y a quienes transmiten en altas proporciones, sabiéndolo o no, especialmente dos tipos de ITS: la tricomoniasis urogenital con 45,304 casos detectados, seguido del Virus del Papiloma Humano (VPH) con 26,491 casos.

En los varones, las ITS de mayor propagación en 2017, fueron la infección asintomática del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), con 6,663 casos detectados y el SIDA con 4,670 casos. En menor proporción se tuvieron herpes genital, sífilis adquirida y la infección gonocócica (Gráfica 1).

²⁸ De acuerdo con datos nacionales del ISSSTE (2017), son las mujeres las que más acuden para consultas médicas generales. En 2017, ellas representaron un 62.9% frente a un 37% de consultas de los varones.

Gráfica 1.
Distribución de casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) detectadas según sexo.
México, 2017.



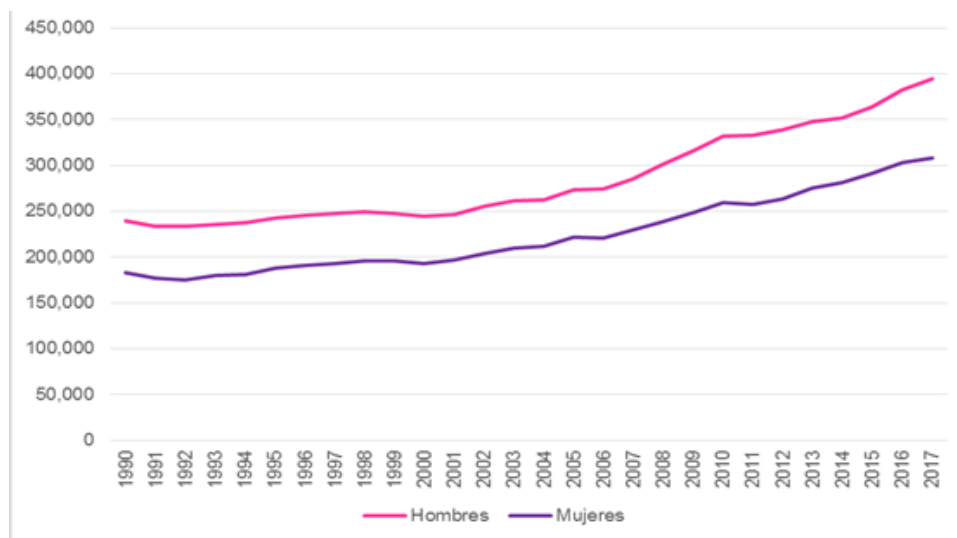
Fuente: Elaboración propia con datos de *Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Estados Unidos Mexicanos. Anuario de Morbilidad 2017*. Consultado el 6 de mayo en www.salud.gob.mx

Quizá el aspecto más nocivo de las masculinidades respecto a la salud de los varones, es el hecho de que “el ser varón” sea un factor de riesgo para su propia sobrevivencia (De Keijzer, 1998; Figueroa 2001, 2007 y 2010. Citado en Figueroa 2015, p. 125). Esto queda de manifiesto en la importancia que han tenido las masculinidades como causas de muerte de los varones, al grado que se han producido descensos en la esperanza de vida, ya de por sí mayor en las mujeres, con lo que se trastocan las tendencias demográficas de la población en México (Canudas, García y Echarri 2015. Citado en Figueroa 2015, p. 125). Lo anterior representa un gran desafío para generar modelos de intervención en las políticas públicas y en las propias subjetividades de los varones, con el fin de resignificar el cuidado de sí y de las y los otros, cuestionando las construcciones de las masculinidades que hasta ahora impiden prácticas de autocuidado en los varones.

Considerando la evolución de las defunciones generales de hombres y mujeres durante las últimas tres décadas en México, suelen ser mucho más significativos los

casos de muerte en los varones (Gráfica 2). En 2017, el número total de defunciones fue de 703, 047, de las que 394, 322 correspondieron a varones y 308, 281 a mujeres, con lo que el *índice de sobremortalidad masculina*²⁹ del año fue de 127.9%.

Gráfica 2.
Número de defunciones generales por sexo a nivel nacional. 1990-2017.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, Estadísticas de mortalidad.

Si se analizan las principales causas de muerte en los varones por grupos de edad, se hace evidente la influencia de las masculinidades hegemónicas, basadas en valores, actitudes y comportamientos que reafirman una identidad vinculada al riesgo y el dominio. En el caso de las mujeres, cuando son más jóvenes, las primeras causas de muerte se relacionan con sus funciones biológicas y reproductivas (tumores malignos de mama y útero), pero continúan siendo la segunda y tercera causa de muerte aun cuando arriban a edades mayores, a las que se agregan enfermedades crónico-degenerativas y del corazón (Cuadro 1)

²⁹ Registra el número de defunciones masculinas por cada 100 defunciones femeninas

Cuadro 1.
Principales causas de muerte en los varones, por grupos de edad. México. 2017

De 25 a 34 años

Las principales causas de muerte para este grupo de edad son:

Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> • Agresiones. • Accidentes (de tráfico de vehículos de motor). • Enfermedades del corazón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores malignos (del cuello del útero y de la mama). • Accidentes (de tráfico de vehículos de motor). • Agresiones.

De 35 a 44 años

Las principales causas de muerte para este grupo de edad son:

Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes (de tráfico de vehículos de motor). • Agresiones. • Enfermedades del corazón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores malignos (de la mama y del cuello del útero). • Diabetes melitus. • Enfermedades del corazón.

De 45 a 64 años

Las principales causas de muerte para este grupo de edad son:

Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus. • Enfermedades del corazón. • Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado). 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus. • Tumores malignos (de la mama y del cuello del útero). • Enfermedades del corazón.

De 65 y más años

Las principales causas de muerte para este grupo de edad son:

Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades del corazón. • Diabetes mellitus. • Tumores malignos (de la próstata, de la tráquea, de los bronquios y del pulmón). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades del corazón. • Diabetes mellitus • Tumores malignos (de la mama, del hígado y de las vías biliares, de la tráquea, de los bronquios y del pulmón).

Fuente: Cuéntame. Sección de mortalidad. INEGI. 2017. Consultado el 11 de mayo de 2019 en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>

En cambio, para los varones se observa una relación directa entre su identidad masculina y las causas de muerte. Entre los más jóvenes (25 a 34 años), las principales causas de muerte son las agresiones y los accidentes de tráfico (vehículos de motor). Y en varones adultos (35 a 44 años), los accidentes de tráfico suben al primer sitio como causa de muerte y las agresiones bajan al segundo lugar. En ambos grupos puede decirse que, desde las masculinidades se reafirman actitudes de arrojo, que los vuelve violentos y temerarios.

Cuando los varones entran en la adultez madura (45 a 64 años), generalmente sus rasgos de carácter se modulan y desaparecen las muertes violentas al menos de los tres primeros lugares. Se abren paso como principales causas de muerte las enfermedades crónico degenerativas (diabetes mellitus), seguidas por enfermedades del corazón y en tercer lugar aparecen ya, cobrando facturas, las enfermedades del hígado por alcoholismo (prolongado). Cuando los varones son personas adultas mayores (65 y más años), la primera causa de muerte son las enfermedades del corazón, la segunda la diabetes mellitus, y la tercera los tumores malignos de próstata, tráquea, bronquios y pulmón (Cuadro 1).

El análisis de las causas de muerte en los varones adultos en México, pone de manifiesto la necesidad de promover desde las políticas públicas modelos de intervención sobre educación y cuidado de la salud sexual, para arraigar entre los varones las prácticas de autocuidado y de cuidado de sí, que confronten las construcciones juveniles de las masculinidades que matan, y la prevención temprana del cáncer de próstata en los varones adultos maduros.

2.2 Las masculinidades en cuestión. Percepciones sobre la salud sexual y el autocuidado, en algunos varones adultos mexicanos

Los mandatos sociales asignados a mujeres y hombres determinan consecuencias de todo tipo, que principalmente implican desigualdades reflejadas en diversos ámbitos. En el caso de los varones, estos mandatos los obligan a realizar una serie de acciones para reafirmarse constantemente en sociedad, y para lo que se exige que establezcan relaciones de dominio y corran riesgos.

Estos riesgos implican que se imposibilite el cuidado de sí en todos los sentidos, pues se generan, a lo largo de la vida, una serie de resistencias a las prácticas que les permitan bienestar. En este sentido, Benno de Keijzer (1998) propone analizar la masculinidad hegemónica como un factor de riesgo, vinculado a lo que plantea Michael Kauffman (1989. Citado en De Keijzer 1998) sobre la llamada “triada de la violencia” que explica como los varones ejercen violencia sobre las mujeres, las niñas y los niños y hacia otros hombres.

Por su parte, el riesgo para sí mismo, radica en como los mandatos socioculturales de la masculinidad hegemónica, afectan la salud y el bienestar propio de los varones a través de la realización de prácticas de riesgo y la limitación u omisión de prácticas de cuidado de sí. En esta categoría se ubican aquellas prácticas como el alcoholismo y tabaquismo como prácticas o actos que reafirman la masculinidad socialmente y que vulnera la salud integral de un varón.

En la salud sexual el problema no es menor, pues la omisión de los chequeos y exámenes, así como de prácticas de cuidado de sí, establecen un riesgo importante no solo para vivir plenamente su sexualidad, sino que de manera integral su salud se ve afectada. Esto se ha podido constatar con la realización de entrevistas a un grupo de ocho varones de distintas edades, nivel educativo y socioeconómico, ocupaciones y zona de residencia dentro de la Ciudad de México (Ver el Cuadro 3. Cuestionario de entrevista y el Cuadro 4 Resultados de entrevistas en el Anexo).

La mayoría de los entrevistados no tenía contacto con médicos para la realización de chequeos que implicaban su salud sexual y únicamente acuden a consulta

cuando tienen dolencias y síntomas visibles de enfermedad. Algunos entrevistados³⁰ manifestaron realizarse análisis clínicos con regularidad, sobre salud general, básicamente con análisis de sangre (química sanguínea de 8 elementos). Esto revela la separación que se produce entre el cuidado de la salud sexual y la salud integral, aun tratándose de personas adultas.

“Sí. Me hago mi chequeo cada año... porque pues me lo hacen en la chamba, pero pues tiene poco que me hice uno con mi pareja. Me hice uno el año pasado y ella se hizo uno apenas... el check up” (Alejandro, 31 años, Lic. en Química, unión libre)

Dos de los entrevistados manifestaron valorar específicamente el estado de su salud sexual, uno con la prueba del VIH (Alejandro, 31 años) y otro con la del VPH:

“... Lo que hago es hacerme estudios, me he hecho dos estudios específicos sobre Virus del Papiloma Humano, y sobre todo trato de evitar las conductas de riesgo, es decir no me acuesto con alguien sin usar condón... incluso besar... hasta tener idea. Pero si tengo más estas consultas con un médico internista... y eso lo hago dos veces al año” (Fabricio, 47 años, casado/separado, trabajador del Estado)

Casi todos los entrevistados reconocieron que “jamás se habían cuestionado” o “habían dado por sentado” la importancia del autocuidado de la salud sexual, en lo que influyen una serie de construcciones culturales. Dos de los entrevistados, con edades de entre 50 y 64 años, plantearon que la sexualidad y cuidar de ella, ya no era tan relevante debido a su edad, pues afirman “ellos ya pasaron de moda” o bien “su etapa ya pasó”.

“...Pues ya tiene muchísimo tiempo que no, ya pasé por eso. Pero antes sí me cuidaba, pero, a partir de esa infección que tuve ya no busqué mujeres” (Benito, 60 años, casado, empleado empresa privada)

“...Pues simplemente no tener relaciones. Como me pasó ya hace muchos años, no me voy a estar arriesgando, es más que nada para los jóvenes que están de locochones” (Carlos, 57 años, músico, unión libre)

Estas declaraciones parecen establecer en los varones, una relación de juventud y adolescencia con sexualidad, a pesar de que ésta no es algo particular de un período de la vida de las personas. Además, se identifica la construcción de la

³⁰ Fueron varones de profesión del área médica como (Lic. QBF), con experiencias laborales previas de chequeos periódicos, por cuestiones o con estudios universitarios.

sexualidad de los varones como un factor ligado a las prácticas coitales o penetrativas. En algunos casos se observa una nula o limitada educación sexual, muchas veces construida a partir de mitos, que justifican la figura de los varones conquistadores y activos sexualmente:

“... A mí nunca me han dolido los testículos, aunque uno cuando se aguanta las ganas de tener sexo, pues sí te duele mucho, porque uno no se desahoga... eso me pasaba cuando era joven, cuando estaba muy excitado” (Benito 60 años)

Otra muestra de que no existe la información objetiva y científica sobre la salud sexual y la sexualidad, es la mayor visibilización del SIDA entre los entrevistados, y su conceptualización como la peor de las ITS del cual hay que cuidarse sobre todas las cosas, después de un embarazo no deseado, ignorando por completo las demás infecciones/padecimientos/enfermedades que también pueden vulnerar seriamente la sexualidad en los hombres (Ver Cuadro 5). Curiosamente, a pesar de “temerle” tanto al SIDA, solo uno de los entrevistados (Alejandro, 31 años) se realiza periódicamente análisis integrales de salud, y solicita la prueba para detectar VIH y otro solicita la prueba del VPH (Fabricio, 47 años). El resto, rechaza de manera radical el hecho de realizarse estas pruebas.

Es evidente que esto es parte del estigma que existe alrededor del VIH donde se piensa que, la realización de la prueba, debe ser exclusivo de personas que “son promiscuas” o tienen una orientación sexual diferente a la heterosexual, como serían los hombres gais. En este entendido, pareciera que la heterosexualidad funcionara como un “escudo” contra la promiscuidad y el VIH, puesto que después de un lapso de “locura” en la vida de un varón, éste “sienta cabeza” estableciendo una familia, con la figura de una esposa y los hijos.

Así lo afirmaron dos entrevistados, quienes después de una experiencia donde adquirieron una ITS en la juventud, sostuvieron que, como varones adultos al formar una familia, cambiaron la forma de vivir su sexualidad.

“Pues cuidarse, por ejemplo no meterse con... bueno en ese caso pues yo tuve otras oportunidades, en las cuales yo tuve una infección sexual, en las cuales yo pues... ahorita ya están mucho las enfermedades sexuales, ya la mujer se ha vuelto muy promiscua, ya incluso, yo tengo entendido que ahora ya las mujeres, al varón ya se le declaran... ya no es como antes, que el varón era quien la cortejaba y tomaba la

iniciativa... ahora es al revés, tiene una aventura por aquí, una por allá ya es mucha promiscuidad de las muchachas hoy en día” (Benito 60 años)

“... digamos las enfermedades si quedan en un primer término porque no solo es mi salud sino la salud de los dos y es una responsabilidad más que nada no, pues el que anda de "locochón" sea ella o yo como lo está siendo” (Carlos 57 años)

Junto a la desinformación, afloraron otros prejuicios acerca de la sexualidad de las mujeres. En principio, algunos entrevistados establecen una división importante en sus relaciones con las mujeres, separando a la “verdadera mujer” o “la mujer de bien”, es decir, aquella que desempeña el rol de madre y esposa y que incluso permanece únicamente en el hogar. Porque la razón de haber adquirido una ITS, en el caso de los varones antes referidos, es lo que explica que, a partir de una “experiencia con una mujer de la calle” en cuya práctica sexual no utilizaron condón, por aquella idea de con él la experiencia “no resultaba natural”.

Respecto a si reciben información sobre programas y servicios médicos relacionados con la salud sexual, los entrevistados coincidieron en que no tienen acceso a la información correspondiente a su edad. También reconocen que sería útil recibirla, no solo en el uso del condón para prevenir un embarazo no deseado o adquirir una ITS, sino para conocer todos los síntomas y tratamientos de las enfermedades y padecimientos que un varón puede padecer en etapas adultas o incluso en etapas tempranas, pero que llegan a tener complicaciones en edades avanzadas. Esto, a propósito del Cuadro 5, de elaboración propia, a fin de verificar la información con que cuentan los entrevistados sobre las enfermedades, infecciones y padecimientos de salud sexual.

Capítulo 3. Políticas públicas con perspectiva de género sobre la salud sexual de los varones en México

“Las políticas públicas son el resultado de una serie de decisiones y acciones, intencionalmente coherentes, de diferentes actores, públicos y a veces no públicos —cuyas concepciones y marcos de sentido, nexos institucionales e intereses varían— que interactúan con el propósito de definir y pensar la solución de un problema considerado público. En el proceso de interacción se va configurando una representación de los problemas, de sus causas, sus soluciones y consecuencias (Muller y Surel, 1998. Citado en Guzmán y Montaña 2012, p. 20). Siempre las políticas públicas intentan resolver problemas sociales que se han vuelto problemas públicos, de ahí que su análisis nos indica cómo es la relación entre el Estado y la sociedad, la democracia y la manera en que participan en ella, los sujetos sociales a los que están dirigidas las políticas públicas.

Por otro lado, en opinión de Figueroa y Franzoni (2008, p. 2), las políticas públicas para los varones habían estado relacionadas con el orden económico, social y cultural, por lo que mantenían los mismos estereotipos y roles de género que identifican a los hombres en un sistema patriarcal. Sin embargo, problemas de salud pública como la epidemia del VIH/SIDA en los años ochenta, llevaron a modificar la política de organismos internacionales de salud, quienes generaron nuevos paradigmas en la atención a los varones al identificar a los varones no heterosexuales como grupo de riesgo. A partir de esto, y en lo general, los varones se convirtieron en el foco de las políticas públicas de la salud sexual.

Se dice que las políticas públicas sobre la salud sexual y reproductiva en México, están formuladas e implementadas desde la perspectiva de género, pero en la práctica se puede ver que están mucho más enfocadas a las mujeres, soslayando la atención a las necesidades específicas de los varones, tanto en la prevención como en la atención de enfermedades. Los principales sesgos de estas políticas se producen al considerar a los varones sólo para la anticoncepción (vasectomías), para el control del embarazo adolescente y en la prevención de algunas ITS.

3.1 De la anticoncepción al VIH. Evolución de las políticas de salud sexual y reproductiva para los varones en México

Figuroa y Franzoni (2008, pp. 10-11), plantean que la atención a la salud de los varones en México, ha mantenido una perspectiva vinculada con la productividad y eficiencia en el mercado de trabajo, pues la titularidad del derecho a la salud se vincula con el empleo, estableciendo la atención médica para “los trabajadores”³¹. Por otro lado, el sector salud estuvo centrado en la medicina curativa, con una atención que no distinguía las necesidades específicas de hombres y mujeres, no reconocía las diferencias epidemiológicas entre ellos y tampoco advirtió los riesgos de morbilidad y mortalidad de los varones derivados de la construcción cultural de las masculinidades. Fue hasta los años ochenta, que se introduce la medicina preventiva, cuando se empiezan a reconocer las diferencias epidemiológicas en la población de acuerdo a su edad y sexo.

Por lo que respecta a las Políticas Públicas de Salud Sexual y Reproductiva, es clara su orientación al tema de la planificación familiar y la anticoncepción. Esto se comprueba con la revisión de los principales programas presupuestarios referentes a la salud sexual y reproductiva en los últimos veinticuatro años en México.

Nombre programa presupuestario	Periodo
Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar	1994-2000
Programa de Acción Salud Reproductiva	2000-2006
Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción	2006-2012
Planificación Familiar y Anticoncepción	2012-2018

El programa sectorial de salud que terminó en 2018, confirma cómo se privilegiaron las políticas dirigidas principalmente a mujeres, adolescentes, jóvenes y grupos vulnerables. Actualmente, los programas de salud sexual (y reproductiva),

³¹ La política pública contemplaba brindar servicios médicos a los trabajadores y a sus “dependientes”, los familiares.

privilegian la planificación familiar, la anticoncepción y prevención de embarazo en adolescentes, y la prevención de VIH/SIDA e ITS en jóvenes y adolescentes,

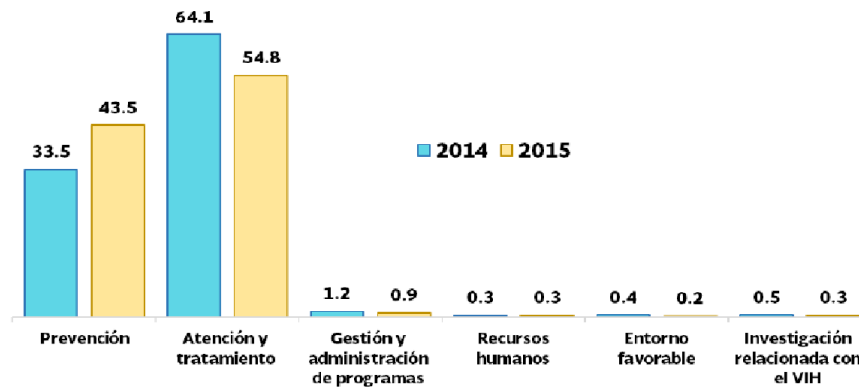
Los Programas de Acción Específica de la Secretaría de Salud que se impulsan con el nuevo gobierno desde el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva³², están focalizados en las mujeres, mediante el programa de Planificación Familiar y Anticoncepción. Mientras que, a las y los adolescentes, el programa de Salud Sexual y Reproductiva dedica líneas de acción y estrategias en las que se les brinda mayor acceso a métodos anticonceptivos y de barrera para la protección del VIH como principal infección que se necesita cuidar. Esto contradice el carácter universal de los programas de salud y el enfoque de derechos, por los que debieran tener acceso a los programas y servicios de salud, todas las personas, independientemente de su género, sexo, orientación sexual, etnia, raza, condición socioeconómica.

Las políticas públicas de salud sexual, también deben ampliar su radio de acción y buscar los medios de difusión y orientación más efectivos para promover el uso del condón en los varones, no sólo para prevenir el SIDA como una ITS, sino toda la serie de padecimientos/enfermedades e infecciones que existen y poco se conocen, pero que quebrantan la sexualidad y la salud sexual de varones (Cuadro 5 en Anexo). Esto sobre la base de información objetiva y libre de prejuicios.

Las políticas de salud sexual recientes, se orientaron más a la atención que a la prevención, como se observa en el Gasto en SIDA, 2015-2015, que incluye programas relacionados con el VIH y otras ITS (Gráfico 1), tendencia que debiera revertirse a modo de evitar la incidencia de dichas infecciones. En esto coincidieron todos los entrevistados, al considerar que optarían más por medidas preventivas que curativas, porque es más factible adquirir hábitos de autocuidado, que estar gastando en el abastecimiento constante de medicamentos o la necesidad de llegar a intervenciones quirúrgicas, a las que también suelen temer.

³² Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, unidad responsable de las políticas nacionales de los programas de planificación familiar y anticoncepción y todo lo referente a la salud sexual y reproductiva. Consultado el 17 de abril de 2019. <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegrs/que-hacemos>

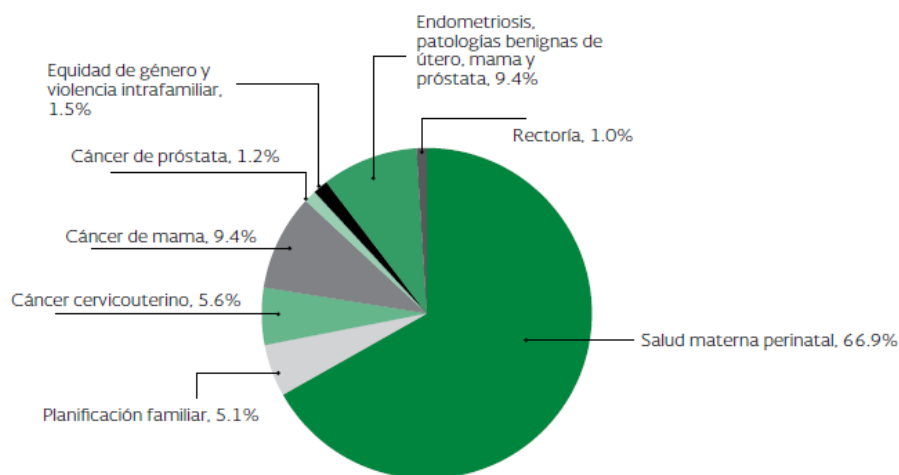
Gráfica 3.
Comparativo del gasto en SIDA, por categoría. México, 2014-2015



Fuente: SS/Cencida. Medición del Gasto en Sida. México 2014-2015.

Finalmente, revisando la distribución del gasto en salud reproductiva de 2015, que fue de alrededor de 69, 125 millones de pesos, es notorio el sesgo en cuanto a la reducida atención a la salud sexual de los varones, pues lo destinado al cáncer de próstata representa apenas el 1.3% del gasto total en salud reproductiva, frente al 67.5% que recibe la atención de la salud materna perinatal (Gráfica 4).

Gráfica 4.
Distribución del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2015



Fuente: Cuentas de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Nacional de Salud Pública. 2017 Consultado el 24 de abril de 2019 en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/293674/CuentasSR2014_22enero.pdf

3.2 Por un enfoque preventivo de las políticas públicas de salud sexual, para la promoción y el fomento del cuidado de sí, de los varones adultos mexicanos

Los primeros esfuerzos para implementar políticas públicas de salud de carácter preventivo y desde la perspectiva de género, se llevaron a cabo mediante los Programas PREVENIMSS (2002) y PREVENISSSTE (2010), cuyos objetivos eran de amplio espectro, incluida la salud sexual y reproductiva.

En 2017, el ISSSTE lanza a nivel nacional la iniciativa “Febrero, mes de la salud del hombre”³³, a la que se suman todas las instituciones del Sector Salud, poniéndose así, más directamente, en la agenda pública el tema del cuidado de la salud de los varones³⁴. Esto responde a las evidencias de que ellos viven cinco años menos que las mujeres, se enferman más y acuden menos a los servicios médicos. El lema de la campaña es “Hasta los Superhéroes se enferman”, en alusión a las construcciones culturales de las masculinidades que hacen creer que los varones no son susceptibles de enfermarse porque son fuertes y valientes: “¡Yo no me enfermo!” “¡A mí eso no me va a pasar!”. El mensaje es una invitación para acudir al médico de manera recurrente y participar activamente en el cuidado de su salud integral, con el hashtag #SoyHombreYMeCuido.

Dicha campaña trata de incentivar el cuidado y la atención preventiva de diversas enfermedades como la diabetes mellitus, obesidad y sobrepeso, enfermedades cardiovasculares, entre otras. En 2018, la estrategia enfatizó la detección del cáncer de próstata y testículo (uno de los principales padecimientos en varones entre 15 y 40 años), de creciente incidencia y causa de muerte en varones en el país: al día fallecen 17 hombres por cáncer de próstata³⁵. En 2019, el ISSSTE promueve los

³³ La estrategia se institucionalizó y lleva tres años consecutivos de realización. En 2018, la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) la reconoció dentro del certamen del Premio de Buenas Prácticas para las Américas. Boletín de prensa del ISSSTE 012018. Consultado el 23 de abril de 2019 en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/2018/ISSSTE>.

³⁴ En 2008, el PREVENIMSS había lanzado una campaña de salud, con perspectiva de género, para la detección y control de la diabetes mellitus, titulada “Los hombres estamos tomando medidas” (Citado en Figueroa y Franzoni 2008)

³⁵ Datos obtenidos de las Estadísticas del Sector Salud, de acuerdo al Boletín de prensa del ISSSTE 012018. Consultado el 23 de abril de 2019 en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/2018/ISSSTE>

chequeos médicos preventivos de detección de enfermedades que más afectan a los varones y, además de los mencionados antes, se agregan la orientación nutricional, hipertensión arterial y las ITS como el VIH/SIDA³⁶.

Después de tres años de implementación de la campaña, pueden señalarse como limitaciones la falta de información pública sobre los recursos presupuestarios de que dispone, y del impacto que ha tenido en la prevención y atención de la salud de los varones en los distintos estados de la república mexicana. Al parecer, la difusión no ha sido tan exitosa, pues no es muy conocida entre la población en general ni entre los varones a quienes va dirigida. Esto lo corrobora el absoluto desconocimiento de la campaña entre las personas entrevistadas.

Aun así, la campaña constituye un buen inicio para dotar a la política pública de salud sexual para los varones, de una verdadera perspectiva de género y de derechos. Esto se dice pensando, por un lado, que son pocos los programas, acciones públicas y el presupuesto dedicado al cuidado de la salud sexual de los varones, en comparación con las que se dedican a las mujeres. Además de que existe un sesgo en cuanto a que dichas políticas, pues se concentran en la atención de ITS, anticoncepción y control de embarazo adolescente, y están focalizadas en los adultos más jóvenes.

Los varones adultos están más presentes en la campaña #SoyHombreYMeCuido, con la prevención de cáncer de próstata y testículo, pero no se repara en los efectos de otras enfermedades, como la diabetes, sobre padecimientos como la disfunción eréctil, que vulneran la vida sexual de los varones, frecuentemente adultos maduros o adultos mayores. Lo más importante sería llegar a garantizar el acceso a los servicios de salud sexual de manera universal, a todos los varones mexicanos, y proporcionarles herramientas de cuidado de sí que permitan la prevención de

³⁶ ISSSTE, Prensa, Comunicado del 01/02/2019. Consultado 23 de abril de 2019 en <https://www.gob.mx/issste/prensa/inicia-el-issste-campana-febrero-mes-de-la-salud-del-hombre-2019?idiom=es>

enfermedades crónico-degenerativas que interfieren en la salud sexual de los varones.

Por último, hay que tener en cuenta que, atender la salud sexual de los varones desde las masculinidades, implicaría contrarrestar la exposición al riesgo a que están sometidos constantemente y atender las necesidades y expectativas que se tienen de acuerdo a la edad, su entorno y contexto socioeconómico, más allá de sus roles de proveedor y de paternidades.

Es importante la experiencia internacional como una forma de aprendizaje para establecer nuevos esquemas de intervención o elaboración de políticas de salud sexual (y reproductiva) para los varones tomando en cuenta sus necesidades. Mediante la revisión de la literatura, se reconocieron algunas “buenas prácticas” en la atención de la salud sexual, en países como Uruguay (Flacso Uruguay, 2016), en Colombia (2012) y El Salvador (2005).

En Uruguay, por ejemplo, se promueve el diseño y la implementación de políticas públicas de salud sexual que fortalezcan la ciudadanía y convierta a los beneficiarios en sujetos de derechos. Se plantean para eso, medidas de intervención capacitando mediante talleres que parten de la existencia de relaciones jerárquicas de género y el vínculo entre las masculinidades y el cuidado de sí en los varones, considerando especialmente el cuidado en personas mayores. En Bogotá, Colombia, se tienen algunos casos de intervención para el fomento del autocuidado de los varones, que consisten en sensibilizar a los varones para conocer su cuerpo y tener herramientas de autocuidado en diferentes momentos.

Otro caso importante de mencionar, es la elaboración de la “Guía de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Adulto Masculino” por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, en conjunto con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). En este último, se establecen estrategias y acciones del autocuidado de la salud sexual de los varones con una perspectiva más amplia, pues se identifica la perspectiva de género y realizar cada acción, a partir de las masculinidades de los hombres. En El Salvador, incluso las recomendaciones

tienen una perspectiva de derechos humanos, donde se prevén actos de violencia sexual hacia y provocada por los varones.

Así, este último ejemplo de “buena práctica”, constituye una aportación más cercana a la definición de salud sexual, abordando no solo los temas de la anticoncepción y las paternidades, o de la prevención del VIH y las ITS, sino también incluyendo otras problemáticas que afectan de manera directa e indirecta la vida sexual de los varones, como las disfunciones y las enfermedades crónico-degenerativas que afectan la sexualidad. Es este tipo de modelos de intervención, los que podrían impulsarse en México.

Reflexiones finales y Conclusiones

Una primera reflexión sobre la realización de este Ensayo, es para confirmar la importancia que tiene el tratamiento de temas como el autocuidado en los varones, desde las construcciones de las masculinidades, dada que es el factor de explicación de mayor peso para la resistencia de los varones a tener prácticas de autocuidado de su salud sexual. Es de llamar la atención, también, la tan reducida investigación sobre el tema, aunque es alentador ver que ya se empieza a mostrar interés por el análisis del cuidado de sí de los varones, desde las masculinidades.

Una segunda reflexión es sobre el aporte que hace el Ensayo a la Especialidad El Género en la Economía, como tema de frontera, abriendo brecha para el estudio de las masculinidades dentro de la Especialidad, mismas que, a pesar de ser un tema de análisis del programa académico, hasta el momento, no se habían considerado en las investigaciones para la titulación.

Y, por último, una reflexión acerca de las líneas de investigación que podrían tener continuidad posteriormente, entre las que se pueden identificar las siguientes:

- a) el involucramiento de las personas LGTBTTTI en este esquema de autocuidado de la salud sexual, ¿Cómo funcionaría para hombres trans?;
- b) la caracterización y valor de los mercados lucrativos de la salud sexual, controlados por grandes farmacéuticas que promueven la atención a padecimientos como la disfunción eréctil y eyaculación precoz;
- c) el estudio de las construcciones de género y las masculinidades que condicionan la salud sexual de los varones, realizado en algunos estados de la república;
- d) la estimación de costos económicos generados a partir de la falta de servicios de salud sexual en los varones mexicanos;
- e) la generación de nuevos estudios sobre las ITS además del VIH y los distintos padecimientos “de los hombres” en la sexualidad.

Entre las principales conclusiones a las que se ha podido llegar con el Ensayo, se mencionan las siguientes.

La salud sexual, como un elemento de la salud general e integral, establece no sólo la importancia de no tener enfermedades, padecimientos, disfunciones o infecciones, que afecten la sexualidad de una persona, sino que implica también reconocer elementos como el placer, el deseo y la plenitud a través de eliminar estereotipos, mitos y actos de violencia para el disfrute de su ejercicio. Este esquema vale tanto para hombres como para mujeres, sin embargo, el interés de este ensayo está centrado en los varones adultos, como individuos que han estado más alejado de estos procesos.

Reconocer que la sexualidad en los varones ha sido establecida a partir de mandatos sociales en los que la masculinidad hegemónica se impone a través de actitudes como “ser viril”, “ser mujeriego”, “ser heterosexual”, “ser conquistador” entre otras, representa un primer paso para la visibilización de la problemática a la que deben responder las políticas de salud integral y de salud sexual de los varones.

En este mismo tenor, las construcciones de la masculinidad dominante han impuesto en la sexualidad de los varones, actitudes de riesgo para las y los demás y para sí mismos. Entre estos, la falta del uso del condón, la falta de realización de exámenes médicos periódicos de VIH y otras ITS, independientemente de la orientación sexual, la violencia sexual y las prácticas sexuales con diferentes personas sin protección. Esto implica que los varones, a pesar de ser los que cuentan con los mayores privilegios dentro de la cultura patriarcal, también son los que más tienen comportamientos que ponen en peligro su vida y vulneran su bienestar, dejando su salud sexual descuidada, hasta “donde el cuerpo aguante” y pese a la existencia de estos servicios a los que podría acceder si así lo deseara.

Las resistencias y el rechazo a prácticas de autocuidado entre los varones, se deben en gran medida a la desinformación o la información desvirtuada por mitos y prejuicios sobre la sexualidad. Es aquí donde el Estado tendrá que desarrollar modelos de intervención que consideren la necesidad de deconstruir las

masculinidades hegemónicas y que vayan desde la educación hasta las distintas prácticas de autocuidado de la salud sexual, en respuesta a sus necesidades y sus expectativas, a lo largo de su ciclo de vida, desde la juventud hasta la vejez.

Combatir los temores y prejuicios, por ejemplo, ante las revisiones médicas que impliquen tactos rectales y la exploración testicular, así como la negación y ocultamiento de padecimientos y disfunciones sexuales, que impiden buscar y recibir ayuda médica especializada. Y promover entre los varones, como se hace entre las mujeres, la autoexploración sistemática para detectar oportunamente problemas de tumores y cáncer de próstata y testículo. Para ello, diseñar campañas de difusión que logren llegar a los varones adultos, no sólo desde los centros de salud, sino yendo a sus centros de trabajo, a lugares de convivencia y recreación, a las colonias, a los hogares.

Quizá uno de los mayores retos del Estado sea llegar a articular políticas públicas de salud integral, incluyendo la salud sexual, que tengan la perspectiva de género y de derechos humanos, donde se hagan efectivos el derecho al cuidado y al autocuidado, y se garanticen efectiva y eficazmente los derechos sexuales y reproductivos, independientemente de la etapa de vida de las personas, incluidos los hombres.

El acceso a la salud sexual debe superar la focalización para convertirse en un derecho universal, por lo que los programas y políticas públicas deben ampliar su campo de acción y su cobertura, tanto en la prevención como en la atención. Que se dote a los varones, desde edades tempranas hasta edades adultas, de las herramientas necesarias para su autocuidado: desde una educación sexual libre de prejuicios, estigmas y discriminación, hasta el acceso a los servicios para la prevención y atención de la salud sexual.

De esta manera, las políticas públicas de salud sexual en México, tendrían que transitar a un esquema donde se visibilicen las problemáticas de los varones, y se fomente el autocuidado en enfermedades, infecciones, padecimientos y disfunciones, que afecten el libre goce de su sexualidad, considerando aspectos

como el erotismo y el placer sexual como componentes de la salud y el bienestar, tal como lo señalan en sus recomendaciones organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *World Association for Sexual Health* (WAS, por sus siglas en inglés).

Así, el autocuidado de la salud sexual de los varones, como de la salud en general, se podría realizar, obteniendo ventajas importantes para las relaciones de género tales como:

- La disminución sustantiva de las muertes en los hombres en el corto y largo plazo, evitando que enfermedades/infecciones/padecimientos y disfunciones vulneren su salud general.
- Evitar contagios en las mujeres y otras personas de infecciones y enfermedades.
- Que los varones puedan generar nuevas formas de vivir su sexualidad, libre de ataduras y prejuicios, tomando en cuenta el placer y el autoconocimiento como pilares fundamentales, y reconociendo que la sexualidad se vive de distintas formas, en todas las etapas de la vida.
- Que, desde nuevas percepciones y prácticas sobre la sexualidad de los varones, incluido el cuidado de sí, rompan los esquemas de comportamientos y se produzcan cambios generacionales

Referencias bibliográficas

- Asamblea Constituyente (2017). *Constitución Política de la Ciudad de México, 2017*. Recuperado de <http://gaceta.diputados.gob.mx/ACCM/GP/20170130-AA.pdf>
- Arenas L., De Keijzer, B. y otros (2012). "Género y autocuidado entre profesionales de la salud en México". *Género y Salud en cifras*, 10(2).
- Arenas, L., Hernández, I. y otros (2004) "Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos" *Salud Pública de México*, 46(4), 326-332.
- Barker, G. y F. Aguayo (coords.) (2012). *Masculinidades y Políticas de Equidad de Género: Reflexiones a partir de la Encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México*. Río de Janeiro: Promundo.
- Blog de María Bilbao. *El malestar de las mujeres*, 2017. Recuperado de <http://mariabilbaopsicologia.com/el-malestar-de-las-mujeres/>.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Ediciones.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Gobierno de México. *¿Qué hacemos?* Consultado el 14 de mayo de 2019 en <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/que-hacemos>
- Connell, R. W. (2003). *Masculinidades*. México: UNAM-PUEG.
- Connell, R. W. (1997). "La organización social de la masculinidad". En T. Valdés y J. Olavarría (eds.) *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional-FLACSO.
- De Keijzer, B. (2016). "'Sé que debo parar, pero no sé cómo': Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio". *Revista Sexualidad, Salud y Sociedad* 22.

- De Keijzer, B. (2010). "Masculinidades, violencia, resistencia y cambio". Tesis Doctoral en Salud Mental Comunitaria (mimeo) Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Xalapa, México.
- De Keijzer, B. (2003). "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina" *Revista La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud.
- De Keijzer, B. (2001). *Los hombres ante la salud sexual-reproductiva: una relación contradictoria*. México: Salud y Género A.C
- De Keijzer, B. (1998). "La masculinidad como factor de riesgo". En Tuñón, E. (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa. México: ECOSUR y U. A. de Tabasco
- Espinosa y; Paz (2004). "La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva". *Sociológica* 19(54), 125-153.
- Figuroa, J.G. (2015). "El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones", *Revista latinoamericana de Estudios de Familia* 7.
- Figuroa, J.G. (coord.) (2014). *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre: Paternidad, espacios laborales, salud y educación*. México: El Colegio de México, CEDDUA.
- Figuroa, J.G. y Franzoni, J. (2008). "Políticas públicas, varones y equidad de género: el caso de México dentro de una búsqueda multinacional" en *Políticas públicas, equidad de género y población masculina*. MGEPP proyecto multinacional. Chile, Sudáfrica, India, Croacia, Noruega e Inglaterra.

- Flacso Uruguay (2016). *Género y masculinidades. Miradas y herramientas para la intervención*. Uruguay: Flacso Uruguay, Centro de Estudios de Género y Diversidad Sexual.
- Garcés, L. y Giraldo, C. (2013). "El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado", *Revista Discusiones Filosóficas* 22(14), 187 – 201.
- García S. (2014). *Promoción del autocuidado desde el cuerpo. La importancia del cuerpo en el autocuidado en equipos profesionales*. México: Equidad de Género A.C.
- Guzmán, V. y Montaña, S. (2012). *Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010)*. Santiago de Chile: Cepal.
- ISSSTE (01/02/2019) *Inicia "Febrero, mes de la salud del hombre 2019"*. Consultado el 23 de abril de 2019 en <https://www.gob.mx/issste/prensa/inicia-el-issste-campana-febrero-mes-de-la-salud-del-hombre-019?idiom=es>
- ISSSTE (20/01/2018). *Encabeza ISSSTE la estrategia "Febrero, mes de la salud del hombre 2018"*. Consultado el 23 de abril de 2019 <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/2018/ISSSTE>
- ISSSTE (2017). *Anuario estadístico 2017*. México.
- Jiménez, L. (2003). *Dando Voz a los varones. Sexualidad, paternidad y reproducción de algunos mexicanos*. México: UNAM.
- Mora, L. (2001). "Masculinidades en América Latina y el Caribe: el aporte del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP)". En X. Andrade y G. Herrera (eds), *Masculinidades en Ecuador* (pp. 179-199). Quito, Ecuador: Flacso Ecuador.

- Núñez N. Guillermo (2016). "Los estudios de género de los hombres y las masculinidades en México: reflexiones sobre su origen". *Revista GenEros* 19(23), 31-62.
- Olavarría, J. (2017). *Masculinidades y Género*. [Hipertexto]. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Olavarría, J. y Parrini, R. (eds) (2000). *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad*. Santiago, Chile: Flacso Chile, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Red de Masculinidad.
- Ochoa-Marín, S. y Vásquez-Salazar, E. (2012). "Salud sexual y reproductiva en hombres", *Revista de Salud Pública* 14, 15-27.
- ONUSIDA (2015). *Orientaciones terminológicas*. Ginebra: ONUSIDA.
- OMS (2002). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002
- Parrini R. y Hernández A. (2012). *La formación de un campo de estudios Estado del Arte sobre Sexualidad en México 1996 – 2008*. Río de Janeiro, Brasil: Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos
- Pautassi, L. (2016). "Del 'boom' del cuidado al ejercicio de derechos". *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos* 24(13), 35-42. Recuperado de <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/3-sur-24-esp-laura-pautassi.pdf>
- Pérez, A. y García, M. (2014). *¿Por qué nos preocupamos de los cuidados?* Santo Domingo: ONU Mujeres.
- Ramírez, J.C. y Cervantes, J.C. (coord.) (2011). *Los Hombres en México. Veredas recorridas y por andar*. México: Universidad de Guadalajara.

- Secretaría de Salud (2017). *Anuario de Morbilidad 2017*. México: Dirección General de Estadística, Secretaría de Salud.
- Szasz, I. (2012). "El derecho a ser mujer" *Contrapunto. La salud reproductiva*. Recuperado de <http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml>
- Tena O. (2012). "Estudiar la masculinidad, ¿para qué?" En: N. Blázquez, F. Flores y M. Ríos (coord.) *Investigación Feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales* (Pp. 271-291). México: UNAM-CEIICH-CRIM-Fac. de Psicología.
- UNFPA (2005). *Guía de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Adulto Masculino*. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-Fondo de Población de Naciones Unidas.
- Valdés, T. y Olavarría, J. (eds.) (1997) *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago, Chile: Isis Internacional-FLACSO.

Anexos

Cuadro 2. Datos personales del entrevistado

Datos personales de los entrevistados

Nombre: _____
Edad: ____ años Estado civil: _____ Religión: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Colonia: _____ Alcaldía: _____
¿Cuenta con seguro social? IMSS ____ ISSSTE ____ Seguro Popular ____
Otro__ Privado _____ No tengo _____

Marque con una "x" la respuesta o respuestas que usted crea convenientes

1. ¿Usted acude al médico con frecuencia? Si ____ No ____
2. Cuando usted acude al médico. ¿Lo hace acompañado? Si ____ Por quién ____
No ____
3. ¿Cómo calificaría su información o conocimientos en temas de salud sexual?
Buena ____ Mala ____ Regular ____
4. ¿Cuáles cree usted que sean las enfermedades, infecciones y padecimientos de los varones, que deban ser tratados por especialistas?
 - ♦ Cáncer de próstata sí ____ no ____
 - ♦ VIH/SIDA sí ____ no ____
 - ♦ Cáncer de testículo y pene sí ____ no ____
 - ♦ Infecciones de transmisión sexual sí ____ no ____
 - ♦ Disfunción eréctil sí ____ no ____
 - ♦ Eyaculación precoz sí ____ no ____
5. ¿Ha recibido información sobre salud sexual en los últimos años? sí ____ no ____
¿Dónde se la han brindado? _____
¿Quién? _____
6. Le han informado sobre enfermedades de los órganos sexuales, por ejemplo, el cáncer de testículo, cáncer de pene, cáncer de próstata, cáncer de ano, ¿entre otras?
Sí ____ No ____
¿Qué información le han brindado? _____
Si la respuesta es positiva, ¿Dónde le han brindado información? _____
7. ¿Qué medidas necesitaría que tomara el gobierno para que cuide de su salud sexual?
De prevención _____
De atención _____
8. ¿Cree que las políticas públicas de salud sexual deban enfocarse únicamente al "uso del condón" y la prevención del embarazo y/o de adquirir ITS's?
Sí ____ No ____

Cuadro 3. Guion de Entrevista Semiestructurada

Guion de Entrevista Semiestructurada

Presentación

- ♦ Agradecer el tiempo que se tome para realizar la entrevista.
- ♦ Pedirle que responda un breve cuestionario con información general sobre su persona.
- ♦ Recordarle que la información es confidencial y la entrevista tiene fines académicos (ensayo para titulación de la Especialidad “El género en la economía”, Posgrado de la Facultad de Economía, UNAM).
- ♦ Pedir autorización para grabar la entrevista y poder tomar algunas notas en el transcurso.

A. Masculinidades, sexualidad y salud sexual

1. Para usted ¿qué es “ser hombre”?
2. ¿Qué atributos lo describen como hombre?
3. ¿Qué es para usted la “virilidad”?
4. ¿Qué es para usted la sexualidad?
5. ¿Qué cuestiones de la sexualidad considera más propio de las mujeres o de los varones?

Erotismo	mujeres___	varones ___	Por qué _____
Placer	mujeres___	varones ___	Por qué _____
Intimidad	mujeres___	varones ___	Por qué _____
Reproducción	mujeres___	varones ___	Por qué _____
6. ¿A través de qué cuestiones experimenta usted su sexualidad?

Numéralos de mayor a menor

Pensamientos	___	Valores	___
Fantasías	___	Comportamientos	___
Deseos	___	Prácticas	___
Creencias	___	Roles	___
Actitudes	___	Relaciones	___
7. ¿Sabía usted que existen los derechos sexuales y los derechos reproductivos? Sí_____ No_____

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la CDMX los garantizan en el Capítulo II, Artículo 6. *Ciudad de libertades y derechos*, inciso E, Derechos sexuales y en el inciso F, Derechos reproductivos
8. ¿Sabía usted que la Constitución Política de la CDMX también establece el derecho al cuidado?

Sí_____ No_____

Capítulo II, Artículo 9. *Ciudad solidaria*, inciso B

B. Conocimientos sobre la salud sexual de los varones

1. ¿Qué es para usted la salud sexual?

2. ¿Cree usted que existe alguna relación entre la sexualidad de varones y mujeres con
bienestar físico sí ___ no ___ por qué _____
bienestar psicológico sí ___ no ___ por qué _____
bienestar sociocultural sí ___ no ___ por qué _____

3. ¿Considera usted que la salud sexual es sólo la ausencia de disfunciones, enfermedades y/o malestar? (OMS, 2000)
sí ___ no ___ por qué _____

4. O, por el contrario ¿considera usted, que "la salud sexual es un proceso continuo de bienestar que se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales... que enriquecen la vida individual y social"? (OMS, 2000)
sí ___ no ___ por qué _____

5. ¿Usted considera necesario cuidar de la sexualidad en el caso de los varones?
sí ___ no ___ por qué _____

6. ¿Qué piensa usted cuando escucha la palabra "urólogo"?
_____ por qué _____

7. ¿Qué se le viene a la mente cuando escucha la palabra "proctólogo"?
_____ por qué _____

8. ¿Cuál es su opinión acerca de acudir a estos especialistas?

9. ¿Cuáles cree usted que sean las enfermedades, infecciones y padecimientos de los varones, que deban ser tratados por especialistas?

♦ Cáncer de próstata	sí ___	no ___	por qué _____
♦ VIH/SIDA	sí ___	no ___	por qué _____
♦ Cáncer de testículo y pene	sí ___	no ___	por qué _____
♦ Infecciones de transmisión sexual	sí ___	no ___	por qué _____
♦ Disfunción eréctil	sí ___	no ___	por qué _____
♦ Eyaculación precoz	sí ___	no ___	por qué _____

10. En caso de llegar a tener alguna de estas enfermedades, infecciones y padecimientos ¿acudiría usted a algún especialista? sí ___ no ___ por qué _____
¿le contaría a alguien sobre tus padecimientos?
sí ___ a quién _____
no ___ por qué _____

C. Nociones y prácticas sobre el autocuidado de la salud sexual

1. ¿Usted considera que se cuida a sí mismo o que "otras" lo cuidan?
2. En general ¿cómo cuida su salud? ¿qué acciones realiza para cuidarse?
3. ¿Cómo calificaría su información o conocimientos en temas de salud sexual?
Buena ____ por qué _____
Mala ____ por qué _____
Regular ____ por qué _____
4. ¿Ha recibido información sobre salud sexual en los últimos años? sí ____ no ____
¿Dónde se la han brindado? _____
¿Quién? _____
5. En su centro de salud o consulta particular ¿le han informado sobre enfermedades de los órganos sexuales, por ejemplo, el cáncer de testículo, cáncer de pene, cáncer de próstata, cáncer de ano, entre otras? Sí ____ No ____
¿Qué información le han brindado? _____
¿Usted ha investigado por su cuenta sobre estos temas?
Sí ____ Dónde _____
No ____ Por qué _____
6. En centro de salud o consulta particular ¿le han hablado de padecimientos sobre el "rendimiento sexual" como la disfunción eréctil o la eyaculación precoz? Sí ____ No ____
¿Qué información le han brindado? _____
¿Usted ha investigado por su cuenta sobre estos temas?
Sí ____ Dónde _____
No ____ Por qué _____
7. ¿Cómo identifica usted cuando existen problemas en su sexualidad? _____
8. ¿Considera usted que cuida de su salud sexual? Sí ____ No ____ Por qué _____
9. ¿Qué pruebas o exámenes médicos considera usted que son necesarios para saber si un hombre goza de una buena salud sexual? _____
10. ¿Alguna vez ha acudido usted a un médico para cuidar su salud sexual? Sí ____ No ____
¿En qué situaciones acude usted a un médico/especialista? _____
11. ¿Se realiza usted revisiones o chequeos relacionados con su salud sexual?
Sí ____ No ____ Por qué _____
Cuáles _____
Periodicidad _____
Dónde: ____ centro de salud público ____ consulta privada
12. ¿Consideraría la autoexploración testicular como una práctica para identificar síntomas en padecimientos como el cáncer de testículos? Sí ____ No ____ Por qué _____
13. ¿Qué métodos anticonceptivos y de barrera conoce?

14. ¿Qué Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) conoce? _____

¿Conoce su sintomatología? Sí ___ No ___

15. ¿Cree usted que el uso del condón es suficiente para evitar adquirir una ITS?

Si ___ No ___ Por qué _____

16. ¿Conoce usted o ha escuchado nombrar alguna de estas enfermedades, infecciones o padecimientos?
(Mostrar el cuadro)

¿De cuáles tiene información? _____

¿Qué tipo de información? _____

17. ¿Cuáles cree usted que son las enfermedades o padecimientos que pueden vulnerar la sexualidad en los hombres? Enumérelas _____

18. ¿De qué "cosas" (enfermedades/infecciones/padecimientos) cree usted que debe cuidarse un hombre al ejercer su sexualidad? _____

¿Ha tenido usted alguna(s) de esta(s) enfermedades, infecciones y padecimientos?

Sí _____ ¿Hubiera podido prevenirla? Sí ___ cómo _____

No ___

19. ¿Qué importancia tiene para usted hablar de salud sexual, y de sexualidad en general, con otras personas?

Mucha _____ Por qué _____

Poca _____ Por qué _____

Ninguna _____ Por qué _____

20. ¿En qué etapas de la vida cree usted que sean necesarios los cuidados de la salud sexual?

Adolescencia _____ Por qué _____

Juventud _____ Por qué _____

Adulthood _____ Por qué _____

Vejez _____ Por qué _____

D. Percepciones sobre las políticas públicas para la salud sexual de los varones en México

1. ¿Usted ha acudido alguna vez a los servicios públicos que ofrecen atención para la salud sexual de los varones, en la CDMX: urólogo, proctólogo, sexólogos, médicos especialistas en ITS y/o VIH, consejería en centros de salud, etc.

Sí ___ ¿Cuál ha sido su experiencia? _____ No ___

2. ¿Usted considera que el gobierno debe intervenir para que los varones cuenten con servicios de atención a la salud sexual? Sí ___ No ___ Por qué _____

3. ¿Qué medidas necesitarías que tomara el gobierno para que cuides de tu salud sexual?

De prevención ___ De atención ___

4. ¿Cree usted que es necesario que haya programas de salud sexual específicamente para los varones?
Sí ____ No __ Por qué _____
¿De qué tipo? _____
¿Para la atención de qué problemas? _____

5. ¿Hacia qué etapas de la vida tendrían que enfocarse las PPSS para los varones?

6. Si existieran esos Programas en el sector salud (y fueran gratuitas)
¿a cuáles acudiría de manera preventiva? _____

7. ¿Cree que las políticas públicas de salud sexual deban enfocarse únicamente al "uso del condón" y la
prevención del embarazo y/o de adquirir ITS's? Sí ____ No ____

8. ¿Qué otras enfermedades, infecciones y padecimientos deberían incluirse en las políticas públicas de
salud sexual para varones? (Mostrar cuadro)

9. ¿Conoce usted la campaña de salud en la que participaron el IMSS y el ISSSTE, y que hasta el sexenio
pasado se lanzaba el mes de febrero, con el slogan "Soy hombre y me cuido"?

Sí ____ No ____

Cómo la conoció _____

¿Qué piensa sobre ella? _____

[...]

Terminación

- ♦ Se pregunta si desea agregar algún comentario...
- ♦ Se concluye la entrevista, agradeciendo nuevamente su colaboración.

Cuadro 4. Resultados de las entrevistas

#	Nombre de entrevistado	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Seguridad social	#	¿Qué es la sexualidad?	¿Qué es salud sexual?	Conocimiento de ITS/enfermedades y padecimientos que vulneran la sexualidad en hombres	Conocimientos de Métodos Anticonceptivos y de Barrera	Autoevaluación de conocimientos de Salud sexual	#	Atributos que lo definen como hombre	Conceptualización de la virilidad	Prácticas de cuidado de sí de la salud sexual	Experiencias con infecciones/padecimientos y/o enfermedades que vulneran la sexualidad en hombres	#	Le han hablado de salud sexual en su centro de salud	Intervención del Estado en el cuidado de sí de la salud sexual de los varones	Tipo de medidas que debe implementar el Estado	Etapas de vida donde deberían enfocarse las PPSs para varones	Conocimiento de la campaña #SoyHombreY MeCuido
								A-4, A-5, A6, A7	B-1, B-2, B-3, B-4, C-19	4, 8, B-5, B-6, B-7, B-8, B-9, C-7, C-16, C-17, C-18	R, C-13, C-14, C-15	3, 5, 6, C-3, C-4, C-5, C-6, C-19, C-20		A-1, A-2	A-3	C-1, C-2, C-8, C-9, C-10, C-11, C-12, C-20	B-10		5	D-1, D-2, D-4	7, D-3, D-7, D-8	D-5	D-9
1	Alberto	38	Soltero	Licenciatura	Trabajador del Estado	ISSSTE	1	Experimentación de prácticas sexuales, coito	Un pilar dentro de la salud integral	Constantemente nombra "ETS", conoce la gonorrea, sífilis, herpes y SIDA. Desconoce sus síntomas. Conoce el cáncer de próstata y la disfunción eréctil. Desconoce sus síntomas	Ubica los métodos hormonales como las pastillas anticonceptivas, el parche y la inyección. Conoce un método "natural", coito interrumpido y métodos definitivos como la vasectomía y la vasectomía. No conoce la diferencia entre MA y MB. El condón es el único método de barrera que ubica	Regular	1	El entrevistado asegura que los atributos que lo definen como hombre son aquellos en los que se formó desde casa. Es decir, roles tradicionales donde el debía ser el proveedor de la casa, mientras que sus hermanas debían ser aquellas que cuidaran e hicieran el trabajo reproductivo	Es un comportamiento "hipócrita" que él tiene que realizar cuando está en diferentes círculos (principalmente con otros hombres), donde asegura que se trata de ver quién tiene "el pene más grande" y quien tiene mayor atención con las mujeres, actos los cuales él considera que son machistas, sexistas y homofóbicos.	El entrevistado asegura que no cuida de su salud sexual porque no ha tenido algún referente de persona que pueda informarle acerca de la sintomatología y como se van dando los problemas en la sexualidad. Únicamente se protege con condón en sus prácticas sexuales para evitar un embarazo no deseado y el VIH/SIDA.	Ninguna. Sin embargo, ha visitado al Urológico, pero como un servicio complementario a una experiencia donde tuvo una lesión en el hombro	1	No le han hablado. Se ha enojado en ferias de salud, pero únicamente del correcto uso del condón y planificación familiar	Si	Prevención	Infancia	No la conoce
2	Alejandro	31	Unión Libre	Licenciatura	Empleado Farmacéutica	IMSS	2	Estar en pareja Creatividad en sentido de erotismo, placer no sólo procrear	Tener relaciones sexuales de forma consciente asimilando los riesgos de utilizar o no métodos anticonceptivos	Conoce gran parte de las ITS. Como parte de su formación en ciencias biológicas y médicas, agrupa perfectamente estas en su agente causal. No conoce las pruebas para detectarlas, pero ubica perfectamente que los virus pueden ser detectados a través de pruebas de sangre. También conoce las pruebas para detectar cáncer de próstata y conoce la sintomatología de la disfunción eréctil	Conoce la diferencia entre MA y MB. Ubica a los condones como ambos métodos y conoce cual es el funcionamiento de los métodos anticonceptivos, sin embargo, sólo conoce un MB.	Regular	2	Protección, arreglar cosas manuales en casa y ayudar con cosas que requieren esfuerzo físico.	Tener muchas relaciones sexuales en el mismo tiempo, "rendir en la cama", tener hijos de a montones y ser mujeriego	En su trabajo le realizan exámenes médicos de forma periódica y además cada 6 meses se realiza exámenes de rutina sobre la salud en general. No obstante, no se realiza exámenes específicos que tienen que ver con salud sexual porque no los considera necesarios, no visita a especialistas en SS por la forma en cómo se generan las canalizaciones médicas en el sistema de salud mexicano. Cuando hay infecciones urinarias se auto medica	Ninguna. Sin embargo, el entrevistado declaró que le contaría a su pareja y familiares sin problema alguno sobre algún padecimiento que tenga que ver con su sexualidad o que vulnera su salud sexual. Sabría a qué instancias médicas acudir en este caso sería al médico general	2	No le han hablado. Sus conocimientos han sido adquiridos por su formación académica	Si	Prevención	Adolescencia	No la conoce
3	Benito	60	Casado	Medio superior	Empleado	No tiene	3	Intimidad, incluye aspectos como el amor de pareja	Cuidarse a partir de no ser "promiscuo" o "promiscua"	Conoce la gonorrea por una experiencia personal, fuera de ella únicamente sabe del VIH (constantemente se refiere como SIDA) y las ladillas.	Únicamente conoce el condón masculino como MA y el DIU como parte de una experiencia en que se lo colocaron a su esposa en los años 70.	Regular	3	Ser atento con los deberes de la casa, y estar al tanto de su mujer y sus hijos	Potencia sexual, "ser bueno en la cama", ser capaz de provocar orgasmos a las mujeres	El entrevistado reconoce que no cuida de su salud sexual, desde que tuvo una experiencia con una ITS en su juventud. Por su parte, los exámenes médicos de próstata se han realizado debido a su edad y a partir de padecimientos digestivos que le ocurrieron en unos años. En la actualidad asume que no es necesario cuidar de su salud sexual debido a que su idea de la sexualidad refiere únicamente a etapas anteriores como la adolescencia y la juventud	En su juventud padeció de gonorrea, la cual se curó con antibióticos y tratamiento médico. El entrevistado confiesa que no es una buena experiencia y por ello "leño de buscar satisfacción sexual" con ciertas mujeres. Sin embargo, no contemplaba el uso del condón en sus prácticas	3	No, no considera adecuado hablar a adultos de salud sexual	Si, únicamente en adolescentes y jóvenes	Prevención	Adolescencia	No la conoce
4	Carlos	57	Unión Libre	Medio superior	Músico	IMSS	4	Estar en pareja Asociada la respuesta a que no tiene relaciones sexuales con su pareja por el cuidado de sus hijos	El entrevistado asocia a tener fatigas, toques, comunicación de pareja en la intimidad	Conoce las ITS que comúnmente se difunden en Facebook. El entrevistado si mencionó al VIH y al VIH, aunque no conoce adecuadamente su sintomatología. Del cáncer de próstata únicamente sabe que el análisis clínico se	Por experiencia en pareja, conoce la inyección como MA, además del condón para pene. No conoce los MB y no sabe la diferencia entre MA y MB	Buena	4	La responsabilidad a partir de que se hace cargo de sus hijos e hijos de matrimonios anteriores en distintas maneras (económica y de cuidados)	No supo definir el término, sin embargo, al complementar su argumento, hace referencia a la actividad sexual-coital la cual argumenta no tiene problemas, pero no tiene tiempo para procrearla	Ninguna práctica de cuidado de sí, debido a que argumenta que ya no "esta con nadie", asume su estabilidad de pareja como una razón suficiente para no tener hábitos de cuidado de sí de la salud sexual. No ha visitado a ningún especialista desde lo	Adquirió una ITS en su juventud, por lo que la experiencia que tuvo no fue grata debido a que el tratamiento fue doloroso y muy largo, lo cual lo hizo reflexionar sobre su vida sexual en la que no consideraba el uso de métodos anticonceptivos y de barrera para protegerse	4	No le han hablado, afirma que no la necesita	Si	Prevención	Adolescencia. Hace alusión a que la juventud es más promiscua ahora que antes	No la conoce

5	Daniel	57	Unión Libre	Nivel básico (secundaria)	Obrero	Privado	5	Es un aspecto que va ligada con el sexo. Es necesaria para vivir y quitarse el estrés. La concibe como relaciones sexuales	Ausencia de enfermedades, no tener ningún padecimiento en la sexualidad. Es parte de la salud general	Mencionó Herpes, Gonorrea, Lactias y sífilis, sin embargo, no conoce los síntomas ni los estudios médicos para detectarlos ni su tratamiento. No tiene claro los síntomas ni el tratamiento para el cáncer de próstata	No identifica la diferencia entre MA y MB. Entre los métodos anticonceptivos que conoce es el condón y la vasectomía para los hombres. Aseguró que a su edad no se haría la vasectomía porque piensa ya no es necesario	Regular	5	No define sus órganos sexuales y su personalidad. Los roles no resultan ser identificables para él debido a que también su pareja trabaja y provee económicamente a la familia.	Es el tiempo que un hombre "aguanta" en encuentros sexuales. No representa tanta importancia porque no cuestiona su masculinidad	No tiene hábitos de cuidado de su salud sexual, añade que aún no está en edad de realizarse chequeos médicos porque es a partir de los 60 años que un hombre puede padecer infecciones y otras enfermedades	Ninguna, sin embargo, afirma que no le daría vergüenza acudir a un especialista para atenderse en caso que padeciera de infecciones/enfermedades y/o padecimientos de la salud sexual	5	No le han hablado. Investiga por su cuenta sobre la disfunción eréctil y evaluación precoz	Si. De manera constante	Prevención y Atención	Jóvenes y adolescentes (etapa más activa de ejercer la sexualidad)	No la conoce
6	Ernesto	45	Divorciado	Educación básica (Secundaria)	Peluquero	IMSS	6	Lo relaciona con los vínculos de pareja y las relaciones sexuales y cotales	El entrevistado asegura que la salud sexual es tener higiene y cuidado de no contraer alguna ITS. Cuidado siempre la persona con la que se mantienen relaciones cotales	Ubica algunas ITS como la gonorrea, la sífilis y el VIH el cual es común en su discurso pues es de lo más se cuida después de un embarazo no deseado. También identifica el cáncer de próstata y sabe de la prueba médica que se realiza a partir de los 40 años. No ubica con exactitud los síntomas de algunos padecimientos	Ubica los MA como el condón y las pastillas anticonceptivas y los métodos definitivos como la salpingoclasia y la vasectomía. No hace la distinción entre MA y MB	Regular	6	Responsabilidad. Comprometido y cuidadoso de su persona y de su familia.	Es la capacidad que tiene un varón de satisfacer a una mujer en el ámbito sexual. Lo asocia con una actitud de dominación y sometimiento	No tiene prácticas de cuidado de su salud sexual, sin embargo, se realiza chequeos generales de salud para identificar cualquier padecimiento que sea visible. Establece que la forma en cómo se cuida es siendo fiel a su pareja y utilizar el condón en cada práctica sexual para evitar un embarazo no deseado	Ninguna.	6	No. Sin embargo, investiga por su cuenta y tiene experiencias de clientes médicos que le informan algunas cuestiones de padecimientos de varones en la sexualidad	Si. Pero no cree necesario un programa o medidas de salud sexual solo para varones	Prevención	Adolescencia	No la conoce
7	Fabrizio	47	Casado/Se parado	Maestría	Trabajador del Estado	ISSSTE	7	Para el entrevistado representa la reproducción, el coito, relaciones sexuales y la manifestación de estas características en sociedad desde el punto donde los hombres si son libre de expresarla mientras que las mujeres no	Lo relaciona con higiene. Procurar, mantener y prevenir que los órganos sexuales tengan una amenaza o riesgos de enfermedades	Conoce el herpes, el VPH, VIH y Sífilis sin embargo no conoce la sintomatología ni los estudios clínicos para detectarlos, únicamente la prueba de próstata y pene	Ubica como principales MA a las pastillas anticonceptivas, el condón y la vasectomía	Regular	7	Dependiendo de la esfera social; el entrevistado se ubica como beneficiado de los privilegios sociales que se han establecido. Se favorece de la desigualdad de género establecida	Lo asocia al desempeño físico de la fuerza y las relaciones cotales pero que tienen que ver con algo asociado a las características físicas de los hombres	Se ha realizado dos veces la prueba del Antígeno prostático para detectar cualquier irregularidad en su próstata a partir de los 40 años como se recomienda desde el sistema de salud. Se ha atendido con especialistas porque tiene el acceso en familiares de su esposa. Se ha realizado dos pruebas clínicas para detectar VPH. No tiene conductas de riesgo (parejas sexuales)	Tiene la experiencia con una de sus parejas quem desarrolló VPH, por ello se ha realizado los estudios clínicos correspondientes. De tener algún padecimiento/enfermedad (infección de inmediato acudiría a un especialista y o hablaría sin ningún reparo	7	No le han hablado, sin embargo, investiga por su cuenta a través de familiares que son médicos	Si	Prevención	A partir de la vida sexual activa, independiente mente de la edad	No la conoce
8	Roberto		Casado	Doctorado	Investigador	ISSSTE	8	En términos de la desigualdad de género, la sexualidad también se representa como una construcción en donde se establecen características diferenciadas entre hombres y mujeres	Lo concibe como parte de la salud integral en la que se determinan hábitos de cuidado sobre la sexualidad	Conoce principalmente el VIH y tiene experiencia trabajando con grupos indígenas sobre sexualidad, sin embargo, no se abarcan estos temas a profundidad. No ubica la sintomatología, la detección y los tratamientos	En su experiencia trabajando con comunidades indígenas sobre salud reproductiva, ubica el funcionamiento de algunos MA. Sin embargo, no establece la diferencia entre MA y MB	Regular	8	Se tienen cargas sociales que se tienen que cumplir incluso desde niño	Comportamiento diferencial que tiene que ver con la sexualidad de los hombres donde se adquieren actitudes dominantes	No tiene propiamente hábitos de cuidado de si de su salud sexual, sin embargo, acude con regularidad y cada que tiene tiempo disponible con especialistas en nutrición y médicos generales para revisar su salud. No se ha realizado exámenes clínicos para detectar VIH y otras ITS	Ninguna, sin embargo, afirma que no le daría vergüenza acudir a un especialista para atenderse en caso de que padeciera de infecciones/enfermedades y/o padecimientos de la salud sexual	8	No	Si	Prevención y Atención	Adolescencia	No la conoce

Cuadro 5. Enfermedades, infecciones y padecimientos de la salud sexual de los varones

Enfermedad, Infección o Padecimiento	Agente causal	Síntomas	Estudios clínicos y/o exámenes necesarios para diagnosticar	Curable/No Curable
1) INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL				
Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Virus	Asintomática	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de anticuerpos para VIH 	No curable. Se controla mediante tratamiento antiretroviral
Virus de Papiloma Humano (VPH)	Virus	Asintomática. Existen más de 100 tipos de virus. Los tipos 6 y 9 causan verrugas genitales o condilomas. Los tipos 16 y 18 causan cáncer cérvico-uterino. Otros tipos de virus pueden causar cáncer de pene y cáncer de ano.		No curable
Gonorrea	Bacteria	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción uretral • Prurito (Comezón) • Estranguria • Olor fétido • Dolor testicular (en ocasiones que desaparece en poco tiempo) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Frotis con coloración de Gram</i> (muestra de recto y/o uretra) • Cultivo de secreción en medio apropiado 	Curable. Tratamiento con antibióticos
Herpes	Virus	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones en forma de pápulas en el prepucio o en la cabeza del pene que producen escozor y son dolorosas • Fiebre • Dolores musculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen citológico • Prueba serológica • Cultivos virales (muestras en zonas afectadas) 	No curable
Virus de Hepatitis B (VHB)	Virus	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome gripal (Cansancio, fatiga, náuseas, fiebre, pérdida de apetito, dolor de estómago y diarrea) • Oscurecimiento de la orina • Deposiciones de color claro 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de sangre • Sintomatología 	No curable, pero se controla con medicamentos especializados. Se previene a través de la vacuna contra la Hepatitis B

Enfermedad, Infección o Padecimiento	Agente causal	Síntomas	Estudios clínicos y/o exámenes necesarios para diagnosticar	Curable/No Curable
		<ul style="list-style-type: none"> • Color amarillento en ojos y piel • Algunas personas no presentan síntoma alguno 		
Virus de Hepatitis C (VHC)	Virus	Asintomático en 80% de los casos. El resto suelen presentarse casi los mismos síntomas que la Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba serológica para detectar anticuerpos anti-VHC 	Curable
Sífilis	Bacteria	<p>Sífilis temprana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión única indolora • Aparición de salpullido <p>Sífilis Tardía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndromes cardiovasculares • Síndromes neurológicos • Lesiones Gomasas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de sangre • Muestra de secreción 	Curable con antibióticos
Clamidia (Clamidia)	Bacteria	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y ardor al orinar • Aparición de un flujo en el pene 	<ul style="list-style-type: none"> • Exudado uretral de 2 o 3cm 	Curable
Ladillas genitales	Parásito	<ul style="list-style-type: none"> • Comezón en el área genital 	<ul style="list-style-type: none"> • Visibilidad de huevecillos en el vello púbico 	Curable mediante cremas, champú y lociones.
Tricomonirosis	Parásito	Asintomática	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de sangre 	Curable mediante antibióticos
Chancroide	Bacteria	<ul style="list-style-type: none"> • Ulceras planas en pene y/o ano dolorosas • Inflamación de los ganglios linfáticos dolorosos y supurantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico por síntomas descartando sífilis, herpes y otras ulcerativas 	Curable
2) INFECCIONES O ENFERMEDADES EN LOS ÓRGANOS SEXUALES				
Cáncer de próstata	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de orinar frecuentemente • Dificultad para comenzar la micción o detenerla • Incapacidad para orinar • Micción dolorosa o 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de Antígeno Prostático (PSA) • Tacto rectal 	<p>Curable de ser detectado a tiempo.</p> <p>En fases avanzadas no resulta curable</p>

Enfermedad, Infección o Padecimiento	Agente causal	Síntomas	Estudios clínicos y/o exámenes necesarios para diagnosticar	Curable/No Curable
		<p>sensación de quemazón</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eyaculación dolorosa • Sangre en orina o semen • Dolor fuerte en parte baja del abdomen 		
Cáncer de testículo	No aplica. Crecimiento de tumores malignos en testículos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de tamaño de testículos • Dolor testicular producido por torcedura • Dolor retroperitoneal 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoexploración testicular para detectar bolitas y protuberancias 	<p>Curable de ser detectado a tiempo.</p> <p>En fases avanzadas no resulta curable</p>
Cáncer de pene	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición de una úlcera o tumoración en el pene 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica y examen físico completo • Extirpación del tumor para análisis anatomopatológico 	<p>Curable de ser detectado a tiempo.</p> <p>En fases avanzadas no resulta curable</p>
Cáncer de ano	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia del recto o del ano • Sensación de bulto o masa dentro del ano • Dolor en el ano • Comezón persistente y concurrente • Secreción del ano • Ganglios linfáticos en la zona del ano 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba Papanicolaou anal • Examen del canal anal 	<p>De ser mínimo el tumor, únicamente se extirpa y resulta curable.</p> <p>En etapas avanzadas, no es curable</p>
Balanitis	No aplica. En ocasiones son bacterianas provocadas por una ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Enrojecimiento del prepucio • Secreción uretral • Mal olor • Incapacidad de retraer el prepucio • Dolor al orinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física • Cistografía • Cultivo secreción prepucial 	Curable
Fimosis	No aplica. Padecimiento o fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • No retracción del prepucio 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física 	Curable mediante circuncisión
Parafimosis	No aplica. Padecimiento o fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación crónica bajo el prepucio • Formación de anillo rígido de piel del prepucio 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física 	Curable mediante incisión sobre el prepucio acompañado de antibióticos

Enfermedad, Infección o Padecimiento	Agente causal	Síntomas	Estudios clínicos y/o exámenes necesarios para diagnosticar	Curable/No Curable
Uretritis	Bacteria	<ul style="list-style-type: none"> Disuria (expulsión difícil, incompleta o dolorosa de la orina) Hormigueo o picazón en el pene Secreción uretral en algunos casos 	<ul style="list-style-type: none"> Toma de muestra de fluido en la uretra Examen de serología 	Curable
Cistitis	Bacterias	<ul style="list-style-type: none"> Disuria Micción frecuente y escasa Dolor en el abdomen bajo Presencia de sangre en la orina 	<ul style="list-style-type: none"> Sintomatología 	Curable con antibióticos
Prostatitis	Bacteria	<ul style="list-style-type: none"> Dolor en la región perineal (puede migrar a ano, pene y testículos) Fiebre Nauseas Vómito Disuria 	<ul style="list-style-type: none"> Tacto rectal Prueba de Antígeno prostático 	Curable
Priapismo	No aplica. Padecimiento o fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> Erección que perdura más de cuatro horas 	<ul style="list-style-type: none"> Ecografía en tiempo real 	Curable con intervención quirúrgica
Enfermedad de Peyronie	No aplica. Padecimiento o fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> Erección dolorosa Curvatura del pene 	<ul style="list-style-type: none"> Exploración del tallo peneano (base del pene) 	Curable con intervención quirúrgica y otros medicamentos
3) DISFUNCIONES SEXUALES				
Disfunción eréctil	No aplica. Causa biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para expresar su deseo sexual a través de conducta o prácticas coitales 	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica para investigar factores causales Exploración física completa En caso de requerirse, pruebas de laboratorio 	En términos médicos, es curable cuando el problema se debe a factores hormonales y relacionados con toma de medicamentos
Eyacuación precoz	No aplica. Padecimiento o sociocultural	No aplica. Construcción sociocultural de la sexualidad de los varones que depende en muchos casos su visita al médico.	<ul style="list-style-type: none"> En ciertos casos, exploración física no exhaustiva 	No se considera parte del proceso de salud-enfermedad

Enfermedad, Infección o Padecimiento	Agente causal	Síntomas	Estudios clínicos y/o exámenes necesarios para diagnosticar	Curable/No Curable
4) OTROS PADECIMIENTOS QUE PUEDEN VULNERAR O AFECTAR LA SALUD SEXUAL				
Abscesos anorrectales	No aplica. Padecimiento o fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor anal agudo • Comezón alrededor del ano • Dolor al defecar • Secreción purulenta transanal y perianal • Estreñimiento • Fiebre • Escalofríos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología • Exploración anal • Resonancia magnética del piso pélvico • Endosonografía anal 	Curable con antibióticos y drenaje quirúrgico
Enfermedad hemorroidal o síndrome hemorroidal	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Comezón en el ano • Ardor en el ano 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología • Tacto rectal 	Curable
Fisura anal	No aplica. Padecimiento o fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor durante la defecación • Presencia de sangre en heces • Grieta visible en la piel del ano 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología • Exploración anal 	Curable
Fistula anal	No aplica. Padecimiento o fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el ano • Presencia de pus o secreción en el ano 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen exploratorio anal 	Curable con intervención quirúrgica
Andropausia	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Decaimiento • Disfunción eréctil • Tristeza • Pérdida de deseo coital 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica completa • Examen físico completo 	No se considera parte de los procesos de salud-enfermedad

Fuente: Elaboración propia con base en las siguientes publicaciones:

- Grillo Cristian y otros (2015). *Urología*. Universidad de FASTA, Facultad de Ciencias Médicas. Ed. Red de Editoriales de Universidades Privadas de la República Argentina, REUP, Mar del Plata, Argentina.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2008). *Manual sobre salud sexual anorrectal*. Secretaría de Salud, Ciudad de México, México. Pp. 74-90
- McAnch J, Lue T. Smith y Tanagho. *Urología general*. 18 ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2014.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (2005). *Guía de atención a la salud sexual y reproductiva del adulto masculino*. 2da. Edición. San Salvador, El Salvador.
- Cruz Palacios y otros (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigidas a personal de servicios de salud*. 1ra Edición, Fundación Mexicana para la Salud A.C. Ciudad de México, México.