

**DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: UN ACERCAMIENTO DESDE
EL CAMPO DE LA SALUD AL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS
UNIVERSITARIOS (2013-2014)**

**TESIS
PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL**

**PRESENTA
ROBERTO NOÉ CARO DEL CASTILLO GUERRERO**

DIRECTOR: DR. JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME

**COMITÉ TUTORIAL: DRA. ADDIS ABEBA SALINAS URBINA
DRA. MAYRA CHÁVEZ CURTIS**

Ciudad de México.

Mayo de 2017

Agradecimientos

A mi comité tutorial Arturo Granados, Addis Salinas, Mayra Chávez por su guía que me sirvió para tomar decisiones metodológicas como de análisis, así como sus aportaciones para mejorar este proyecto. A Roselia Rosales y César Torres por seguir de cerca este trabajo y mantener una mirada crítica y el estimular en todo momento el cuestionamiento de los hallazgos desde una mirada teórica implacable.

Agradezco la transmisión del conocimiento y experiencia de cada uno de mis profesores y compañeros que hicieron posible este trabajo.

A mis Padres por mostrarme el camino del compromiso, esfuerzo y perseverancia, además de dejar un granito de arena para el bien común. Es un logro compartido gracias por sus enseñanzas e inmenso cariño.

A Ada, Santiago y Héctor, por el apoyo incondicional que han mostrado en este camino de esfuerzo y dedicación.

A Uriel por ser el espejo de mis actos y mostrarme la importancia de ser un mejor ser humano.

Gracias.

ÍNDICE

Introducción	6
CAPÍTULO I	9
Sexualidad y Derechos Sexuales	9
Salud Sexual y Reproductiva desde los Derechos Humanos	11
Derechos Sexuales y Reproductivos y sujetos sociales	16
Derechos Sexuales y Reproductivos y su obligatoriedad	21
Derecho a la salud y Derechos sexuales y reproductivos	24
Derechos Sexuales y Reproductivos en los jóvenes	27
Acciones en Salud Sexual y Reproductiva desde las ONG'S	38
Jóvenes como Sujetos de Derecho	44
CAPÍTULO II	46
Panorama de las condiciones de los jóvenes universitarios de la UAM Xochimilco	46
CAPÍTULO III	53
Referentes conceptuales	53

CAPÍTULO IV	72
Criterios de selección:	74
Instrumento de recolección de datos	75
Análisis	76
CAPÍTULO V	78
Resultados	78
Datos sociodemográficos	78
Cuadros	79
Análisis y Discusión	99
Conclusiones	115
Referencias	119

Resumen

La presente investigación se enfoca en el estudio de las formas en que los jóvenes universitarios ejercen o no sus derechos en salud sexual y reproductiva (DSR), así como en dilucidar los avances y limitantes dentro del ejercicio de la sexualidad.

Metodología: se diseñó y aplicó un cuestionario a universitarios del área de la salud para evaluar los conocimientos, prácticas y necesidades en torno a los DSR y la salud sexual y reproductiva SSyR en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). Mediante un estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico se relacionaron distintas variables en un análisis de asociación y significancia estadística, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las variables analizadas. *Conclusiones.* Se encontró una fuerte asociación entre los estereotipos de género, así como grandes vacíos en la educación sexual y políticas dirigidas a la promoción de los DSR.

Palabras clave: jóvenes universitarios, derechos sexuales, derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva.

Introducción

Este trabajo es de carácter exploratorio y se propone analizar, desde la perspectiva de la Medicina Social, la situación que prevalece entre los estudiantes del Tronco Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud (TDCBS) de la UAM-X en relación al conocimiento y ejercicio de la SSyR. Esto para obtener un panorama general de las condiciones en que los estudiantes universitarios ejercen o no sus derechos en SSyR. La información se obtuvo mediante una encuesta realizada entre noviembre de 2013 a febrero de 2014 entre 170 estudiantes. Dicha encuesta fue respondida libremente por los mismos alumnos que aceptaron participar en la investigación de manera voluntaria.

En el capítulo uno se discute la sexualidad como un proceso determinado históricamente y cuya socialización se da de forma ininterrumpida a través de la simbolización de una diversidad de formas de contextualizarla, por lo que se constituye más allá de modos de actuar, sentir y pensar, que se le imponen al individuo en forma coercitiva como un hecho social (Durkheim, 2006). Estos procesos incluyen los significados que se construyen en torno al cuerpo, mediante los mandatos sociales y las distintas maneras de apropiación que hacen de él hombres y mujeres. Formando así una unidad biosocial indisoluble que se materializa a través del tiempo en un proceso donde los roles de género se establecen a partir de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres. En el trabajo se señala la relevancia del derecho a la SSyR que posibilita la inclusión y transformación de lo que implica la identidad sexual y el ejercicio de la sexualidad

de las personas, punto al que se llegó a partir de referentes sobre las acciones y recomendaciones emitidas por organismos sanitarios internacionales y de movimientos sociales reivindicatorios.

En el capítulo dos se desarrolla un panorama de la juventud en México, mostrando cifras e investigaciones relevantes en torno al ejercicio de la sexualidad de los jóvenes. La investigación realizada por González de León y col. (2010) es un primer acercamiento al ejercicio de la sexualidad de los estudiantes de la UAM-X, revela que no basta con conocer sobre algunas cuestiones de SSyR para poder ir construyendo una mayor capacidad en la toma de decisiones desde una postura de pleno ejercicio de los derechos, sino que hay una serie de elementos que en conjunto van limitando este proceso. También se desarrolla el proceso de apropiación de los derechos en salud sexual y reproductiva en el marco de la noción de ciudadanía, así como la vinculación que se tiene con otros derechos humanos.

En el capítulo tres se exponen una serie de conceptos que posibilitan dar sentido a la complejidad de elementos que constituyen la SSyR y el ejercicio de la sexualidad, dejando en entendido que ésta es una construcción histórica que dispone de una multitud de distintas posibilidades biológicas y psíquicas, de la identidad genérica y de las diferencias corporales entre otros elementos. Se expone desde dónde se concibió la mirada de DSR para este trabajo. Se concluye con el análisis de la relación entre derechos sexuales y la construcción de sujetos sociales.

El capítulo cuatro muestra los objetivos de la investigación, así como las variables que se analizaron, enfatizando en la comparación entre hombres y mujeres, dado que se trata de un primer análisis en el que convenía valorar qué tan distintos entre sí son con respecto a la variable con la que nos acercamos al concepto “género”, así como valorar su peso explicativo como variables independientes de lo que quería investigarse.

Se hace referencia a la metodología que se llevó a cabo, así como al instrumento diseñado y las formas en que se conjuntaron las variables analizadas. También se da cuenta de los datos de la población con la que se intervino.

El capítulo cinco aborda los resultados obtenidos a partir de la sistematización de los datos, que exponen cómo hay una serie de cambios dentro del ejercicio de la sexualidad de los universitarios a partir de las diferencias entre hombres y mujeres, donde se puede observar que las mujeres tienen un mayor ejercicio y apropiación de sus DSR y que los hombres tienen un mayor arraigo a los estereotipos dominantes de género, situación que limita el conocimiento y ejercicio de su sexualidad poniéndolos en mayores riesgos para su salud.

El capítulo seis concluye con las reflexiones finales donde se plantean los datos más relevantes que se obtuvieron en torno al ejercicio de la sexualidad de los estudiantes, así mismo se señalan las limitantes encontradas para llevar a cabo el estudio.

Capítulo I

Sexualidad y Derechos Sexuales

La sexualidad humana en las ciencias sociales se reconoce como una construcción social, histórica, altamente regulada (Foucault, 1989; Weeks, 1993, Petchesky, 2008) se encuentra entrelazada por los ámbitos de la biología y la cultura, donde la manifestación de los cambios socio históricos han posibilitado mirar la forma en que el cuerpo es parte de las relaciones de poder en los procesos de socialización la sexualidad promueve la coherencia interna de un patrón que cada sociedad define como “normal” y promueve una concordancia entre cuerpo, género, deseo, identidad y prácticas sexuales.

También se instaura ciertas formas de organización colectiva en torno a la sexualidad (Butler 2001 y 2002). Dentro de su dimensión biológica se entiende que la existencia misma de la especie humana involucra la sexualidad como base de la supervivencia y propagación de la especie pero no determina su ejercicio en la cultura. Al ser esto un proceso que se desarrolla inexorablemente dentro de la cultura y la sociedad, la sexualidad es un ámbito que lo cubre todo (Caro, 2015).

Da cuenta que dentro del proceso evolutivo va teniendo mayor complejidad al ir conteniendo un sistema dentro de otro, por lo que lo social representa un mayor grado de complejidad. La socialización es lo que permite el término de situaciones biológicas inacabadas al nacer, por lo que hay una biología socializada representada en la comunión del ser humano (Dickinson y Murguía, 1982). Por lo

que se considera a la sexualidad en un constante dinamismo de significados que van entretejiendo la diversidad de formas de apropiación de los cuerpos e identidades de género que se expresan en el ejercicio de la sexualidad.

Desde la literatura especializada se ha podido observar que la cultura es parte definitoria en la manera en que los sujetos se constituyen como hombre o mujer, así como la forma de ejercer su sexualidad, por lo que hay múltiples expresiones de la misma. Una de estas que se considera relevante por el grupo de edad es el de los jóvenes entre los 15 y 24 años, quienes son actualmente la quinta parte de la población (INEGI, 2010). En el grupo de 20 a 24 se produce la mayor diferenciación económica por sexo ya que mientras los hombres se incorporan a actividades remuneradas 42.2% de la mujeres se dedican al trabajo domestico; 17% de hombres y mujeres estudian. Este porcentaje de jóvenes se considera relevante desde el análisis sociocultural, ya que es la edad donde se encuentran cursando estudios universitarios por lo que es de su importancia conocer el ejercicio de la sexualidad en los universitarios sin dejar de considerar la mirada desde el género como categoría de análisis.

Por tanto, la sexualidad en los seres humanos es una actividad culturalmente específica y determinada socialmente, la reproducción como una posibilidad de la sexualidad es, por consiguiente, una actividad cultural que se basa en una interacción social. Las relaciones sexuales son una de las muchas y variadas formas culturales que tienen los intercambios en las relaciones sociales entre los seres humanos (Cela y Ayala, 2001).

Históricamente las diferencias sexuales han servido para justificar la división sexual del trabajo, en donde mujeres y hombres se encargarían de diferentes tareas por las oposiciones morfológicas y funcionales que ambos presentan (Lamas, 2001). La cultura ha ido redefiniendo el papel de los rasgos sexuales, asignando roles sociales dotados de un significado que trasciende la mera función reproductiva, de acuerdo con los criterios fijados por cada contexto en lo específico, por ejemplo dentro de una construcción patriarcal los varones se encuentran en una constante medición de sus actos mediante el uso de la fuerza (De Keijzer, 2003).

Butler (2001) cuestiona que independientemente de la inmanejabilidad biológica que parezca tener el sexo, el género se construye culturalmente: por lo tanto el género no es resultado causal del sexo ni tampoco es aparentemente fijo como el sexo. De tal manera que la construcción de las masculinidades y feminidades terminan estando influidas por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos y religiosos.

Salud Sexual y Reproductiva desde los Derechos Humanos

Por lo antes dicho, el análisis del ejercicio de la sexualidad a partir de una concepción de derechos implica considerarlo dentro de una conjunción de elementos socioculturales que posibilitan su realización. Al hablar de DSR es necesario hacer referencia a la relación que se tiene con los derechos humanos,

los cuales protegen a los individuos y grupos contra acciones u omisiones que interfieren con el libre ejercicio de los derechos fundamentales y con la dignidad humana. Situación que se cuestiona ante el universalismo de los derechos humanos, ya que se vincula con el mantenimiento de la hegemonía y la posibilidad de construir un lenguaje de emancipación, planteamiento que se promueve ante cuestionamientos como los siguientes: ¿Cómo pueden ser los derechos humanos una política global y cultural a partir de las diversas concepciones de dignidad que se tienen por todo el mundo?, ¿o ante la diversidad de la experiencia subjetiva que dificulta la universalidad los derechos humanos?.

Boaventura (2009) señala que la universalidad de los derechos humanos es particular de la cultura occidental, donde el individuo requiere que la sociedad sea organizada de una forma no jerárquica, como una suma de individuos libres donde la competitividad, el consumismo y una concepción androcentrista sustentada por la razón instrumental, construyen una visión del mundo que promueve la libre elección, sin considerar las condiciones de desigualdad social que imposibilitan el cumplimiento de una toma de decisiones desde el conocimiento de sus derechos, lo que favorece la reproducción de ideologías y valores dominantes.

De manera que el reconocimiento de una serie de necesidades insatisfechas ha impulsado el trabajo de las organizaciones no gubernamentales, a menudo vinculados con las clases sociales oprimidas y con grupos que en muchos casos han sido invisibilizados por los Estados capitalistas autoritarios, como ha sido el caso de en el ejercicio de sus DSR, los cuales han sido

reconocidos dentro de lo jurídico desde hace aproximadamente dos décadas, situación que posibilita el desarrollo de un discurso y una práctica de derechos humanos contra-hegemónica, que se ha organizado a partir de diálogos interculturales sobre derechos humanos.

Boaventura (2002) considera que mientras los derechos humanos sean concebidos como universales, tenderán a funcionar como un localismo globalizado, como una forma de globalización desde arriba donde se instrumenta dentro del “choque de civilizaciones”, contrario a esto se piensa en un intercambio multicultural donde se busque una relación balanceada entre competencia global y legitimidad local que impulse la creación de elementos de una política reivindicadora de los derechos humanos.

De forma que hay una constante tensión dentro de la universalidad de los derechos humanos. Por un lado, se expone la importancia de la acción política e ideológica dentro de la conservación de una hegemonía, y por el otro la acción emancipadora que conlleva el reconocimiento de los derechos más que universales multiculturales.

Ante esto Boaventura (2009) señala que la desigualdad e injusticia social estructural que produce el modelo hegemónico de globalización, tiene un carácter marcadamente individualista. Este sesgo hace que los derechos humanos colectivos, referidos a pueblos y grupos, como los derechos ambientales, el derecho al agua o al territorio, entre otros, nunca hayan tenido prioridad.

La dialéctica de los derechos humanos se enuncia en la política de Estado como acción de inclusión – exclusión, situación que en los jóvenes se plasma en políticas públicas con un enfoque de la sexualidad como medio de reproducción de la especie, lo cual anula el ejercicio de sus derechos, como la apropiación del cuerpo o la toma de decisiones al ejercer su sexualidad, por mencionar algunos.

Por tanto, el reconocimiento de derechos expresados en los compromisos que los Estados asumen ante instancias transnacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), conforma una legislación en materia de derechos humanos que obliga a los gobiernos de los países miembros a tomar medidas para que se cumplan ciertas cosas y limite el ejercicio de otras.

De forma que para que el ejercicio de los derechos humanos se posibilite, es necesario tener en cuenta que dentro de las políticas de Estado se construya un enfoque donde se cumpla con el deber de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos, y que en tal relación sus titulares pueden exigir respeto, protección y realización, asumiendo así que el ejercicio de derechos humanos es inherente a su condición de ciudadanía.

El ejercicio de los derechos se posibilita a partir de la suma y el cumplimiento de una serie de condiciones mínimas para el desarrollo humano, los cuales en suma van consumando una protección para la mejor calidad de vida de los individuos, situación que no se cumple si hay limitantes estructurales

económicas o políticas que imposibiliten su realización mediante una toma de decisiones informada dentro del proceso de apropiación de una ciudadanía plena, entendiendo esto a partir de tres componentes indispensables como: el conocimiento, la comprensión y el ejercicio de cualquiera de nuestros derechos y para el presente trabajo los vinculados con la SSyR, los cuales su reconocimiento entre los jóvenes, es uno de los grandes logros por los que las organizaciones sociales han trabajado por más de dos décadas, consiguiendo su inclusión dentro de acciones internacionales.

Sin embargo, no hay que dejar de tomar en cuenta lo que Correa (2001) señala, los DSR (o de cualquier otro tipo), entendidos como libertades o elecciones privadas, no tienen sentido, especialmente para los más pobres y para los marginados, sino se aseguran las condiciones de posibilidad a través de las cuales dichos derechos pueden ponerse en práctica.

Al ser los DSR derechos humanos, deben ser respetados, protegidos, garantizados y promovidos por las autoridades, mientras que los ciudadanos deben ser capaces de exigirlos, esto a pesar del reconocimiento jurídico que todavía se encuentra con una serie de limitantes y con una serie de necesidades no satisfechas que tienen origen en una visión biologicista que sesga el ejercicio de los DSR.

Derechos Sexuales y Reproductivos y Sujetos Sociales

Al hablar de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) necesariamente hay que hacer referencia a la construcción de sujetos de derechos, esto genera una situación contradictoria en el debate político, académico y sociocultural, ya que frecuentemente se anteponen a las decisiones de los padres y del Estado. (Amuchástegui y Rivas, 2008)

Al referirnos a los jóvenes se está considerando al grupo de la población que tiene de 15 a 24 años de edad como definición instrumental según lo señala la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el ámbito internacional (UNICEF, 2007), en lo referente al ámbito nacional, el Instituto Mexicano de la Juventud considera joven a la población de 12 a 29 años. De igual manera la ley de las y los jóvenes de la Ciudad de México comprende el mismo rango de edad (INEGI, 2015).

A partir de las conferencias del Cairo (1994) y Beijín (1995) se reconoce el derecho de todas las personas, incluidos los jóvenes de entre 12 y 29 años de edad, a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

El ejercicio de los DSR son expresiones que cartografían el cuerpo de los jóvenes dando voz a las manifestaciones que transforman sus entornos personales y colectivos, en este sentido ejercer los DSR privilegia la autodeterminación de la juventud, por lo que las decisiones relacionadas a la

sexualidad y reproducción deben tomarse con autonomía e información, lo que posibilita la construcción de sujetos de derecho. (Rivas y Amuchástegui, 1994)

Esto implica un ejercicio de ciudadanía donde la toma de decisiones desde el conocimiento de los derechos relacionados al ejercicio de la sexualidad ha sido un tema abordado desde diferentes rubros por distintos autores como: Stern, (2004), Rivas y Amuchástegui (1994), Parrini y Amuchástegui (2009), Figueroa (2001, 2005, 1998). También se expresa que los DSR han tomado relevancia a partir de una serie de movimientos contruidos por “nuevos sujetos políticos” que ha hecho posible la politización de una nueva serie de relaciones sociales, entre ellas las que se relacionan con la sexualidad, el erotismo y el deseo (Parker, 1994; Weeks, 1993). Por lo que es importante subrayar que el ejercicio de los derechos a partir de la ciudadanía se ha promovido por grupos sociales que han sufrido marginación y discriminación históricas, ya sea por cuestión de género o por orientación o prácticas sexuales (Amuchástegui y Rivas, 2008; 68)

De aquí la importancia de la construcción de identidades genéricas ante la toma de decisiones sobre el cuerpo y el deseo de cada persona, ya que hay un vínculo directo con la construcción de sujetos de derecho. Por ello se considera necesario incluir en este estudio al género como categoría analítica relacional que cruza transversalmente todas las situaciones contextuales y posibilita conocer cómo la diferencia cobra la dimensión de desigualdad.

Es importante mencionar que el hecho de que existan identidades sexuales diferenciadas posibilita el reclamo de ciertos derechos, pero no determinan el proceso de construcción de sujetos de derecho, ya que éste lleva consigo un acto de exigencia política.

Figuroa (2000) refiere que el derecho a la decisión que se entiende como el acceso a los servicios básicos de desarrollo humano, se complica cuando no existen las condiciones culturales y estructurales como; el respeto a la diferencia, el acceso a la vivienda educación y salud de toda la población para decidir al respecto, por lo que luchar por estos derechos es parte de una pugna más amplia por el poder político.

De manera que la construcción de ciudadanía a partir de la conjunción de una sucesión de elementos diversos ha dado pauta a una serie de investigaciones, sobre todo con lo relacionado a los adolescentes y jóvenes y a sus formas de vivir su sexualidad, algunos autores que han abordado el tema son: Stern (2007), Stern y col. (2003), Lerner y Szasz (1998, 2008), Stern y Figuroa (2001), Granados (2007), Salles y Tuirán (2003), Salinas (2007), y algunos trabajos más específicos con jóvenes estudiantes universitarios: Garza y Palacios (2003), Petzelová y col. (2009). Por lo que se podría decir, a partir de lo revisado, que el estudio de los jóvenes en el ejercicio de su sexualidad tiene avances significativos, esto debido a la apropiación de sus cuerpos en la exigencia de sus derechos. Así como también se muestra una falta de acciones estructurales que limitan esta consolidación en el ejercicio de los DSR.

El reconocimiento de los jóvenes como sujetos de derecho implica aceptar que pueden decidir y asumir un compromiso ante sus actos relacionados a su sexualidad: su actuar se encuentra en una constante producción de sus subjetividades, entendiendo por esto lo que Foucault (2002: 128) denomina el “sí mismo” y que “se constituye con el intercambio con el mundo y con los otros y por tanto no se fija indefinidamente como un resultado acabado”. De acuerdo con Rivas y Amuchástegui (2004) se puede entender que hay distintas formas de estar en el mundo y de concebirlo en razón de la eficacia hegemónica instaurada en imaginarios sociales que introyectan modos de ser joven, los cuales son cuestionados desde las prácticas juveniles que los reafirman desde sus múltiples expresiones y no desde una visión adultocentrista.

En la construcción de sujetos de derecho hay que considerar la distancia entre la práctica y el reconocimiento de sí como titulares de derecho, esta percepción, consideran Rivas y Amuchástegui (2004), está anclada en las condiciones históricas y biográficas de subordinación que caracterizan la situación de hombres y mujeres. En realidad, los derechos reproductivos sólo se realizan plenamente si los sujetos cuentan con las condiciones para ejercerlos, de otra forma es difícil poder tener derecho a decidir sobre lo que los sujetos quieren si hay deficiencias estructurales.

Por esto se considera necesario pensar a los jóvenes como sujetos dinámicos, críticos y propositivos capaces de generar procesos de reapropiación de su sexualidad, por lo que es importante enfocar la mirada a un sector en

específico, en este caso los universitarios, ya que forman parte de un grupo con esas características y con posibilidades de acceder a una educación superior en un país como México donde la mayoría quedan excluidos de la educación superior. De Garay (2004) menciona que ocho de cada diez sujetos de entre 18 y 24 años no llegan a los estudios superiores y los que llegan desertan en los primeros semestres, periodo en el que se pierde el 25% y el 35% de sus matriculados.

Al transitar por la universidad obtienen herramientas académicas y personales que les posibilitan acercarse a sus vivencias desde una postura crítica y reflexiva, lo que confluye con procesos subjetivos de apropiación de su cuerpo, dando paso a una toma de decisiones sobre su SSyR desde una postura de sujetos de derechos; esto es:

“Con el poder de tomar decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad, junto con los recursos, entendidos éstos como las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que posibiliten su ejercicio” (Correa y Petchesky, 1995:68).

Por lo que el ejercicio de la ciudadanía se construye con la suma de determinantes sociales que posibiliten o no el ejercicio de los derechos humanos y en específicos los relacionados a la SSyR.

Derechos Sexuales y Reproductivos y su obligatoriedad

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha sido la representante de la Carta de los Derechos Humanos, a partir de que los miembros de los diferentes gobiernos que la conforman y líderes de la sociedad civil consensan sobre lo que serán los instrumentos de protección de los derechos humanos que se clasifican según el Derecho Internacional, en documentos convencionales, es decir, con carácter vinculatorio, y documentos declarativos, sin carácter vinculatorio,¹ entre los cuales se han estipulado una serie de acciones donde se incluye a los jóvenes como sujetos de Derecho sobre su SSyR. (Mayen y col., 2007).

Para Rodríguez y Aguilar (2000) los convencionales son convenios, convenciones, tratados, pactos o protocolos, son documentos internacionales firmados por los Estados que conforman la ONU que gozan de fuerza jurídica obligatoria, esto es, que obligan legalmente a los gobiernos de los Estados a aplicar los derechos humanos en sus países e incluye sanciones jurídicas en caso de que no cumplan.

La firma del gobierno no es suficiente para que estas leyes internacionales se cumplan. Para esto se requiere que dichas leyes sean ratificadas por el poder legislativo de cada país, en el caso de México, por el Congreso de la Unión.

¹ El término vinculatorio se emplea para definir el nivel de compromiso que un Estado adquiere ante la comunidad internacional, es decir, si adquiere obligaciones legales o declarativas

Esto lo señala el artículo 133 Constitucional de la política vigente, (Mesa, Suárez, Brenes, Rodríguez, Mayen, Santos, 2006) el cual dice que:

“[...] todos los tratados que estén de acuerdo con la misma [la constitución], celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión [...]”.

Lo anterior significa que los documentos convencionales firmados y ratificados por el Estado Mexicano poseen peso legal tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

Los documentos considerados declarativos o sin carácter vinculatorio incluyen a los programas, planes o plataformas de acción, resultados de alguna conferencia, convención o reunión internacional, son documentos adoptados por los Estados firmantes como un compromiso moral, no tiene fuerza de ley como los convencionales.

Con relación a los DSR hay una serie de acciones enfocadas a los adolescentes y jóvenes donde el Estado Mexicano se ha comprometido a dar respuesta y reconocimiento a sus necesidades, pero tienen una concepción biologicista donde las acciones sobre SSyR se conciben en un sentido de procreación, dirigidas a personas heterosexuales y casadas, Rivas y Amuchástegui (2004) lo que banaliza e ignora a los jóvenes no considerándolos

sujetos de derechos, no se les piensa inmersos en un universo de significados donde la reproducción no es lo primordial y tampoco se considera que le dan sentido a sus experiencias relacionadas con su sexualidad dentro de un contexto social en constante dinamismo: de hecho, a cualquiera de los derechos humanos no se les puede considerar inamovibles, al contrario, se encuentran determinados a partir del momento histórico correspondiente, ya que están conformados por el sistema de relaciones sociales que se establece al interior de la sociedad y son ejercidos o no por personas que sueñan, desean, que elaboran planes de vida, que exigen, se organizan y expresan la falta de reconocimiento de necesidades no cubiertas a través de ellos.

De esto que el reconocimiento de algunos derechos se ha logrado a partir de una serie de movimientos sociales y ciudadanos que impulsan acciones no sólo a nivel nacional, sino internacional, que han logrado constituirse en políticas públicas, como ha sido el caso de los jóvenes quienes tienen el derecho a ser iguales cuando la diferencia pretenda hacerlos inferiores, pero también tienen el derecho a ser diferentes cuando la igualdad ponga en peligro su identidad (Boaventura, 2002).

Derecho a la salud y Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos en salud sexual y reproductiva se vinculan a un derecho más amplio, el derecho a la salud “que favorezca al bienestar en las diferentes etapas de su vida sin excepción de edad, sexo, condición social, orientación sexual, raza”. (Convención Americana de Derechos Humanos, Pacto de San José Costa Rica). Situación que en México no se ha podido alcanzar en su totalidad por la influencia de una serie de políticas neoliberales que no consideran un enfoque universalista del derecho sobre la salud, sino una visión mercantilista

“donde la salud se ubica principalmente en el ámbito privado y se sostiene que el sector público es ineficiente e inequitativo, donde las personas y familias son las responsables de adoptar conductas saludables” (Laurell, 2011:45).

Por lo que es importante mirar con enfoque crítico desde dónde se concibe la salud y la enfermedad y cómo la percepción mercantilista de la salud permea la implementación de políticas de Estado enfocadas a ampliar las exclusiones sociales y por ende en salud.

Entendiendo la exclusión en salud, desde un enfoque de la medicina social, como la falta de acceso a diversos bienes, servicios y oportunidades para mejorar y preservar el estado de salud. La satisfacción de la necesidad de salud incluye:

acceso a atención médica, acceso a la alimentación, la educación, el trabajo y la vivienda, acceso a satisfactores que impactan la condición de salud y aspectos particulares como la seguridad social, que serían sólo algunos rubros a considerar en la búsqueda de la inclusión.

Para tener mayor claridad sobre lo que es la salud hay que tener en cuenta dos principales concepciones (López y Blanco, 1994), la primera piensa a la salud como derecho y condición esencial para el desarrollo pleno de las capacidades humanas individuales y colectivas y a su atención, como tarea de toda la sociedad y como un problema público; la otra se relaciona con la concepción de salud como mercancía, donde hay intervenciones mínimas y selectivas para la sobrevivencia, sólo para paliar los daños o la muerte de aquellos que no pueden resolver sus necesidades en el mercado y/o para disminuir el conflicto social con pocos recursos y sin transformar sus condiciones de vida.

Al estar de acuerdo con el primer enfoque se concibe a las políticas del Estado como responsables de generar acciones dirigidas a la población en condiciones de pobreza o en el empleo informal, entre otras situaciones de desigualdad socioeconómica que se acentúan de manera más predominante en poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad, como son indígenas, adultos mayores, homosexuales, mujeres y jóvenes, donde también se pueden encontrar desigualdades en los indicadores de enfermedad y muerte, así como en la disponibilidad, acceso y calidad de la atención a la salud en comparación con otros sectores sociales con mejores condiciones socioeconómicas. Granados

(2007) puntualiza que las poblaciones que pertenecen a grupos sociales con condiciones de vida y trabajo precarias, su margen de elección es mucho menor.

De manera que las inequidades en materia de salud son generadas, según la Conferencia de los Determinantes Sociales (2011), por las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; condiciones que se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, así como sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud.

La relación del derecho a la salud con los derechos sexuales y reproductivos implica pensar en la construcción de sujetos de derecho, donde la dificultad de articular las cuestiones legales y políticas hacia las vivencias personales posibiliten las acciones de emancipación y de reconstrucción de nuevos lenguajes que expresen múltiples formas de ejercer la sexualidad

Para que el derecho a la salud se ejerza entre los jóvenes dentro del campo de la sexualidad, no es suficiente la existencia de leyes formales y de infraestructura de servicios, también es imprescindible la existencia de demandas ciudadanas, es decir que lo ejerzan y lo exijan tanto frente al Estado como en sus diversas prácticas sociales. Rivas y Amuchástegui (1994) consideran que tales procesos subjetivos de ciudadanía sexual implicarían una apropiación de los derechos mediante las prácticas individuales y colectivas donde la apropiación del

cuerpo y sus placeres sería una expresión de justicia social. En ese mismo sentido, el derecho a la salud sexual y reproductiva se expande más allá de lo referente a los daños a la salud como un derecho social, es decir a la autonomía personal, al derecho de disponer del propio cuerpo y tomar decisiones sobre el mismo e incluso al ejercicio de las libertades individuales

Derechos Sexuales y Reproductivos en los jóvenes

Los DSR de adolescentes y jóvenes han sido temas que se encontraban en la invisibilidad de las políticas públicas y no fue sino a partir de hace dos décadas que han tomado fuerza, ya que se les ha considerado de preocupación social dentro de las acciones estatales: el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil y su injerencia en políticas de SSyR han sido relevantes para poder generar un interés internacional ante la falta de atención a las problemáticas que impactan en mayor medida a la población joven del país.

El aumento considerable de situaciones vinculadas a la SSyR de los jóvenes ha llevado a replantear las acciones dirigidas a satisfacer sus demandas y sustentarlas por los convenios pactados por el Estado mexicano ante instancias internacionales.

Para una mejor comprensión de las acciones que se han generado sobre la SSyR de los jóvenes se considera importante hacer mención de los acuerdos internacionales más relevantes a los que el gobierno mexicano se ha

comprometido, ratificándolos en documentos convencionales y universales con carácter vinculatorio que legitiman los derechos sexuales y reproductivos, algunos de estos son:

- Convención de los Derechos del Niño [y la Niña] (CDN), 1989.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979. Exhorta a los gobiernos a ampliar la cobertura de los servicios de salud, y a que traten de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios

Así como tres en el Sistema Interamericano:

- Protocolo de San Salvador (P. Salvador), 1988.
Convención Americana de Derechos Humanos, celebrada en San José, Costa Rica (CADH), 1969, conocida como Pacto de San José.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, también conocida como la Convención de Belem do Pará (CBP), 1994.

De igual manera el gobierno mexicano ha firmado dos documentos declarativos esenciales en el desarrollo y conceptualización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:

- Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 1994 (CIPD).
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional la Mujer Beijing en (CMM), 1995.²

Ante el esfuerzo internacional esbozado anteriormente por considerar la importancia de los DSR, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) prestó una atención sin precedentes a las diversas necesidades de los jóvenes con respecto a la SSyR como prioridad de derechos humanos y, al mismo tiempo, como necesidad práctica para el desarrollo de ciudadanía juvenil. La CIPD abordó las cuestiones de SSyR de los y las adolescentes y jóvenes, entre ellas el embarazo no deseado, el aborto realizado en malas condiciones y la respuesta a las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), mediante la promoción de comportamientos responsables y saludables, y la provisión de servicios apropiados y asesoramiento concretamente adaptado a ese grupo de edad.

² Información Obtenida del Boletín Informativo Salud Sexual y reproductiva Ipas, 2005.

La CIPD acuñó un nuevo estándar internacional, el de la SSyR como solución a los problemas de población y desarrollo. En dicho espacio internacional se definió a la Salud Reproductiva como:

“un estado general de bienestar, físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Lo que implica que hombres y mujeres tienen derecho a la información y planificación de su familia a su elección” (CIPD, 1994:23).

Otra puntualización importante de esta conferencia fue la de la atención al aborto, donde se subrayó que no se debe promover como método de planificación familiar, e instó a los gobiernos u organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, se menciona que en todos los casos:

“La mujer deberá tener servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberá ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y

asesoramiento pos-aborto que ayude también a evitar la repetición de los abortos” (CIPD, 1994:25).

Uno de los grandes avances de estas conferencias es el reconocer el derecho de las parejas a ejercer libre y responsablemente su sexualidad y disfrutarla plenamente, ejercerla sin riesgo de procrear y sin que la sociedad o los servicios de salud las critiquen, discriminen o nieguen algún servicio. Estos elementos son fundamentales para la salud, el bienestar físico, mental y social.

Estos acuerdos a nivel internacional han tenido expresiones establecidas en la Constitución Política Mexicana relacionada a la SSyR, las cuales se encuentran expresadas en los artículos 1º, 4º, 16º, 24º.

El artículo 4 hace referencia al derecho a la protección de su salud y al deber tanto del Estado como de los padres y tutores de asegurar el ejercicio de sus derechos.

La reglamentación del artículo 4º incorpora derechos del artículo 1º y 16º de la Ley de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (LPDNNA), La Ley General de Salud (LGS) y la ley General de Población (LGP).

El Artículo 4º es fundamental en la comprensión de que los padres no pueden intervenir en los servicio de consejería para adolescentes si limitan o contravienen su derecho a la protección de la salud, prevención de enfermedades

o prevención de embarazos tempranos, lo que facilita el derecho a la salud sexual y reproductiva a partir del reconocimiento de la libertad de conciencia, la igualdad, la no discriminación y la libre decisión de los adolescentes.

La Ley General de Salud establece el derecho a algunos servicios de salud reproductiva como la planificación familiar con prioridad en jóvenes y adolescentes, control de enfermedades en esos grupos, control de enfermedades transmisibles y atención materna infantil.

La ley General de Población en sus artículos 3° 15° y 18° establece obligación del estado de realizar programas de planificación familiar, así como de educación e información sobre los beneficios de decidir libremente sobre el número y el espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos.

El Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIMSS) dentro de sus artículos 70° y 72° referentes a servicios de SSyR hace inclusión de: información, orientación consejería para la toma de decisiones informadas y voluntarias en torno a la SSyR, acceso a métodos anticonceptivos temporales o definitivos siempre y cuando el usuario lo demande, la vigilancia y atención durante el embarazo, parto y puerperio a partir de la educación.

Por su parte, la Ley de las y los jóvenes del Distrito Federal (2000), reconoce el derecho de las y los jóvenes al disfrute y ejercicio pleno de su

sexualidad y a decidir de manera consciente y plenamente informada, el momento y número de hijos que se desean tener.

Cabe aclarar que respecto a lo que se concibe como salud reproductiva está implícita la salud sexual, donde la línea divisoria es muy difícil de marcar, el ejercicio de la sexualidad no supone procrear. Los jóvenes vinculan más su ejercicio al disfrute pleno y placentero, no a la reproducción, (Rivas y Amuchástegui 2004) por lo que se concibe como un derecho independiente del que se refiere a la reproducción.

La sexualidad y reproducción están articuladas ideológicamente por condicionamientos culturales, donde las determinaciones de género expresan los patrones, valores y pautas de comportamiento de hombres y mujeres asociadas a la sexualidad y la reproducción, por lo que ciertos comportamientos sexuales son interpretados como reafirmadores de la identidad masculina y femenina (Szasz, 1998) según la cultura de género dominante.

Los derechos sexuales se refieren especialmente al ejercicio de la sexualidad; enfatizan el respeto mutuo en las relaciones interpersonales y aseguran la capacidad de disfrutar de la sexualidad como una intimidad profunda entre los seres humanos, lo cual es esencial para el bienestar de los individuos, las parejas, las familias y la sociedad (Martínez, Schiavon, Rosas, Herrera, 2003).

También se centran en las diversas formas de vivir la sexualidad, formas que cuestionan la reproducción como fin de su ejercicio. Mientras que los derechos reproductivos se refieren al ejercicio de la facultad reproductiva y se basan en el derecho básico fundamental de todas las personas para decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos e hijas (Ipas, 2005).

Cabe mencionar que en el 2000 se llevó a cabo la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, que reunió a 189 dirigentes del mundo, México incluido, en ella acordaron una serie de metas y objetivos medibles con plazos preestablecidos lo que se conoce como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Éstos se han convertido en el marco básico para la elaboración de estrategias de desarrollo. Nuestro país se comprometió a implementar planes de desarrollo basados en objetivos puntuales, los que se vinculan con la SSyR son:

- Combatir el VIH/SIDA
- Acceso universal a la salud sexual y reproductiva
- Transversalidad de la perspectiva de género
- Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Desde esta breve mirada por las acciones en salud, tanto internacionales como nacionales, pareciera ser que los derechos en salud sexual y reproductiva de los jóvenes se están atendiendo, sin embargo falta avanzar más hacia una homologación de las normas nacionales, donde el diseño y ejecución de políticas en SSyR articuladas entre las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales (ONG en adelante), permitan proveer servicios de educación sexual y de salud para el cuidado de la SSyR para adolescentes y jóvenes que puedan responder a sus necesidades no resueltas.

El derecho a la información, a la educación sexual y al cuidado de la SSyR son las garantías insoslayables que el Estado mexicano protege en la Carta Magna, así como en los pactos internacionales signados por México. Dichos compromisos tienen que reflejarse en las legislaciones, en las asignaciones presupuestales y en las acciones a implementar (Mayen y col., 2007).

También es necesario un constante seguimiento de la operacionalización de las acciones, ya que en la aplicación de programas hay grandes limitantes, muchas de las veces estructurales, que no posibilitan la aplicación de las acciones propuestas, esto se ve reflejado en el aumento de embarazos no deseados a edades tempranas, también el de las ITS en jóvenes situaciones que llevan a cuestionar las acciones que se han realizado desde las políticas públicas.

Lo que puede remitirnos a pensar que el gobierno mexicano realiza acciones para avanzar en la disminución de los compromisos propuestos por los

objetivos del milenio, sin embargo la sociedad civil considera que fueron pocos los avances logrados, por lo que exponen algunos datos que lo demuestran.

Una de sus principales críticas a las acciones gubernamentales es que, de los 273 programas estatales que tienen el objetivo de atender problemáticas nacionales en distintos rubros, como lo son:

"Atención a la salud reproductiva", "Control del estado de salud de la embarazada", "Atención materno-infantil", "Reducción de la mortalidad materna" y "Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras". Éstas son algunas de las estrategias que el gobierno federal realiza en el tema de salud reproductiva (Chávez y Rodríguez, 2011), dando prioridad al desarrollo de la mujer, pero sólo en tanto es madre, lo que deja ver cómo las políticas de Estado fomentan la desigualdad de género mediante la subordinación de las mujeres a la reproducción y a la maternidad. Esta falta de eficacia por parte de las acciones gubernamentales en las problemáticas mencionadas se puede constatar con lo siguiente:

Con lo referente a las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, éstas se han mantenido sin reducciones significativas, al menos así lo señalan los últimos datos recabados por el Observatorio de Mortalidad Materna en México (2014), los cuales indican que en 2009 fallecieron 1,207 mujeres; en 2010, 992; en 2011, 971, y en 2012, 960. La muerte materna deja ver una serie de fallas

de los gobiernos y las instituciones responsables de otorgar atención en salud materna.

La razón de mortalidad materna se redujo en 51.5%, al pasar de 88.7 a 43.0 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Esto representa un avance de 68.7% con respecto a la meta comprometida al 2015, cifra que se ubica por encima de la establecida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde se demanda a los países miembros el acceso universal a la salud reproductiva y la reducción de la mortalidad materna a por lo menos 22 casos por cada 100 mil nacidos vivos para 2015 (OMM, 2014).

Shiavon (2012) considera que la mortalidad materna no se ha reducido significativamente en el país debido a que el gobierno federal le ha dado respuesta como si fuera un problema de salud, y no desde una perspectiva integral de derechos humanos, de interculturalidad. Esto se sustenta con lo que reporta el Observatorio de Mortalidad Materna (2015): los municipios donde 70 por ciento o más de la población es indígena tienen tres veces más mortalidad materna que aquellos sin población indígena. Según el último informe realizado por esta organización, los estados con más fallecimientos de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, en 2012, fueron Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

Con relación al Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, coordinado por el Centro Nacional de Equidad de

Género y Salud Reproductiva, se ha registrado un déficit en la implementación de programas de prevención del embarazo no deseado en menores de 19 años.

El grupo de población menor a 14 años no entra en las Encuestas Nacionales de Salud, los hacen invisibles; sin embargo, los últimos datos que tenemos nos indican que de todas las niñas hospitalizadas entre 10 y 14 años de edad, una de cada tres llega a los servicios de salud por razones maternas; y en el caso de adolescentes de 15 a 19 años, la razón es 9 de cada 10 (Letra S, 2012).

Sin embargo, la mortalidad materna, los embarazos no deseados y la demanda insatisfecha de anticonceptivos son todavía temas pendientes. Esto se debe a dificultades estructurales, problemas de implementación de las políticas y programas, así como por barreras ideológicas del gobierno actual que ha pretendido dejar, en segundo plano, sus compromisos en materia de derechos humanos, sexuales y reproductivos.³

Acciones en Salud Sexual y Reproductiva desde las ONG's

El Estado mexicano, al intentar realizar una serie de acciones que respondan a los compromisos adquiridos con organismos internacionales sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes, recurre a las organizaciones de la sociedad civil, Mesa y col. (2006) las cuales han trabajado el

³ Los datos presentados se publicaron en el número 196 del Suplemento Letra S del periódico *La Jornada* el jueves 1 de noviembre de 2012.

tema de derechos sexuales y reproductivos con la población juvenil desde antes que se les reconociera de manera internacional.

Desde el análisis realizado por Chávez y Rodríguez (2011) se considera que las organizaciones no gubernamentales (ONG) desempeñan un trabajo fundamental con relación al cumplimiento y exigencia de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes, al no haber una serie de lineamientos específicos que pudieran dar obligatoriedad al reconocimiento de sus necesidades se impulsó un trabajo con esa población, donde se logró su inclusión y su reconocimiento desde los espacios jurídicos internacionales y nacionales. Lo que permite el seguimiento y la organización de acciones que viabilizan un mayor grado de exigibilidad, de manera que la participación ciudadana es un elemento primordial para las modificaciones de acciones que compete a lo nacional como a lo internacional.

El trabajo de las organizaciones civiles tiene gran relevancia en la toma de decisiones con relación a la SSyR de los jóvenes, ya que pueden enviar informes alternos a los espacios de toma de decisiones nacionales e internacionales y realizar foros paralelos, donde se analiza desde otra mirada la problemática de esa población y sus derechos sexuales y reproductivos. Esto enriquece el diálogo, dando una serie de elementos multiculturales que en muchas ocasiones no se toman en cuenta.

Mesa y col. (2006) expresan que las ONG's no requieren tener un estatus consultivo para poder expedir informes (sombra), sólo el enviar información fidedigna que incluya los artículos de la convención que se están violando, posibilita se tomen en cuenta situaciones no consideradas por los comités, los cuales se reúnen antes de las sesiones para elaborar las preguntas que enviarán a los Estados.

Las ONG's son actores dinámicos que participan en la expresión de ciudadanía y en la creación de redes de apoyo social, también presionan al gobierno sobre una serie de desigualdades no atendidas, por lo que se encuentran en una constante interacción en relación a las políticas sobre SSyR, que gesta tensiones en rubros específicos como lo relacionado a los financiamientos, a las formas de trabajo y al contraste de objetivos de cada instancia. Lo anterior limita el diálogo con la población joven, que ante su constante dinamismo se apropia del ejercicio de su sexualidad con una diversidad de expresiones las cuales no siempre son reconocidas.

Chávez y Rodríguez (2011) expresan, en un recuento que realizan sobre la colaboración entre gobierno y ONG's que desde los noventa la sociedad civil trabaja la atención y promoción a la SSyR en adolescentes y jóvenes, lo que posibilitó conocer desde la práctica sus vivencias con relación a su SSyR.

Lo arriba mencionado puntualiza que es en el 2002 cuando el gobierno y ONG's forman programas de colaboración, que responden a tres situaciones concretas:

- El Plan Nacional de Salud Reproductiva 2001-2006 contempla la meta de promover servicios de salud reproductiva de alta calidad para jóvenes.
- Se reconoce el trabajo de las ONG's de los últimos 15 años.
- Se firman acuerdos de colaboración entre ONG's y gobierno en el área de salud sexual y reproductiva.

Cabe mencionar que el trabajo colaborativo no ha tenido el impacto deseado debido a una serie de incongruencias como: la falta de continuidad de acciones que se fractura entre sexenio y sexenio, los objetivos de convocatorias oficiales que presionan a las ONG's a cambiar su formas de intervención provocando pérdida de autonomía, y ampliado la inequidad dentro de la colaboración. (Mesa y col. 2006).

La forma de trabajar conjuntamente implica que, por lo común, el personal de la ONG decide el contenido de los foros, talleres, cursos y diplomados, de material educativo y de las estrategia de enseñanza, en tanto los funcionarios de gobierno avalan los contenidos, deciden sobre el calendario, el personal que será capacitado y el tiraje de los materiales (Chávez y Rodríguez, 2011).

Esta forma de colaboración no favorece la disminución de las problemáticas a las que los jóvenes se enfrentan, ni muchos menos posibilita el ejercicio de una toma de decisiones donde se conozcan y comprendan sus DSR, por lo que hay una fragilidad en la relación ONG's gobierno y jóvenes. El intentar transformar estas formas de trabajo implica dar un avance en los modos tradicionales de concebir la política y crear estrategias creativas que den alternativas a las limitaciones en el ejercicio pleno de ciudadanía en esa población.

Uno de los muchos avances de las ONG's se expresa en la cartilla de los derechos sexuales de las y los jóvenes, la cual es el resultado del trabajo realizado desde y con los jóvenes, lo que expone una serie de avances muy significativos en materia de DSR.

La cartilla forma parte de la Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los jóvenes: "Hagamos un Hecho Nuestros Derechos", es el resultado del trabajo de diversas organizaciones de la sociedad civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y está basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado mexicano.

Los derechos que la conforman son:

- Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad
- Derecho a ejercer plenamente mi vida sexual
- Derecho a manifestar públicamente mis afectos
- Derecho a decidir con quién disfrutar compartir mi vida y mi sexualidad
- Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada
- Derecho a vivir libre de violencia sexual
- Derecho a la libertad reproductiva
- Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad
- Derecho a vivir libre de toda discriminación
- Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad
- Derecho a la educación sexual
- Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva
- Derecho a la participación de las políticas públicas sobre sexualidad

De esta forma las acciones de la sociedad civil expresan una fuerza solidaria donde se promueve la construcción de ciudadanía mediante el intercambio de información, la creación de estrategias de intervención en políticas y la construcción de modelos de trabajo desde la participación social, lo que posibilita ir trastocando concepciones reduccionistas y deterministas que obstaculizan el avance en temas tan relevantes como es la SSyR de los jóvenes.

Jóvenes como Sujetos de Derecho

Hablar de DSR en la juventud desde una mirada adultocentrista dominante es internarse en un mundo donde no se les considera como sujetos capaces de ejercer sus derechos, se desconocen las necesidades sentidas de dicha población, dejando de lado su autonomía; estos derechos tendrían que ser respetados, protegidos y satisfechos, sin embargo la falta de protección pone a los jóvenes en una situación de vulnerabilidad, ya que las políticas de salud con relación a la SSyR dejan de lado aspectos culturales, acercándose al análisis de la realidad social desde un enfoque biologicista que descontextualiza, no reconoce las prácticas de los sujetos, ni la visión de la salud como un derecho.

Lo antes dicho se puede constatar a partir de la revisión de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2006), Encuesta Nacional de la Juventud ENJ (2010), así como la revisión del Programa Nacional de Salud 2007–2012, que muestran una ausencia de lo referente a la SSyR más allá del embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual. Esto deja ver la necesidad de intervenir desde otros enfoques teóricos que posibiliten acercarse a la juventud con una mirada crítica y alternativa a la tradicional, que devese dentro de contextos específicos el uso de prácticas diferenciadas relacionadas a la SSyR.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) prestó una atención sin precedentes a las diversas necesidades de jóvenes con respecto a la SSyR, como prioridad de derechos humanos y, al mismo tiempo, como necesidad

práctica para el desarrollo de ciudadanía juvenil. La CIPD abordó las cuestiones de SSyR de los y las adolescentes y jóvenes, entre ellas el embarazo no deseado, el aborto realizado en malas condiciones y la respuesta a las enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, mediante la promoción de comportamientos responsables y saludables, y la provisión de servicios apropiados y asesoramiento concretamente adaptado a ese grupo de edades (RIJ, 2009).

Uno de los grandes avances de estas conferencias es el reconocimiento del derecho de las parejas a ejercer libre y responsablemente su sexualidad, al disfrute pleno, sin riesgo de procrear y sin que la sociedad o los servicios de salud las critiquen, discriminen o nieguen algún servicio. Estos elementos son fundamentales para la salud, el bienestar físico, mental y social.

El reconocimiento de los jóvenes como titulares de derecho no sucede automáticamente. En muchos casos es parte de un proceso de toma de conciencia y de problematización de la realidad, donde se transita por un proceso donde se van aclarando situaciones que permiten ir construyendo sujetos de derechos, por ejemplo en el caso de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), que se interpreta como un apoyo o concesión del Estado, pero no necesariamente como un derecho.

Lo que refleja una distancia entre la práctica y el reconocimiento de sí como titulares de derecho, esta percepción consideran Rivas y Amuchástegui (2004)

está anclada en las condiciones históricas y biográficas de subordinación que caracterizan la situación de hombres y mujeres en México.

En realidad, los derechos reproductivos sólo se realizan plenamente si los sujetos cuentan con las condiciones de posibilidad para ejercerlos, de esta forma es difícil poder tener derecho a decidir sobre lo que los sujetos quieren, si hay una serie de deficiencias estructurales.

Capítulo II

Panorama de los jóvenes universitarios de la UAM - Xochimilco

La revisión desarrollada en los apartados anteriores enfatiza la relevante necesidad de explorar los elementos que influyen en los jóvenes universitarios sobre los modos de acceder y decidir en relación al ejercicio de su sexualidad.

Entendiendo esto como un:

“proceso que permite a las personas reconocer la posibilidad de sus cuerpos, de su sexualidad y reproducción, autorizándose a sí mismos para hacerlo y dándose voz para exigir que se cumplan las condiciones sociales, económicas y políticas requeridas para ejercer los derechos” (Rivas y Amuchástegui, 2004: 558).

Ante la gran variedad de expresiones juveniles es que este trabajo se enfoca en los jóvenes estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X) con la intención de tener un acercamiento a la diversidad de formas de ejercer la sexualidad que muestran los jóvenes universitarios.

Se parte de la idea de que la población universitaria, por sus características, tiene mayor posibilidad de ejercer una toma de decisiones para procesar la información y el conocimiento generado sobre la sexualidad de manera informada mediante la constitución de una subjetividad transformada por mayores y mejores recursos, así como una mirada más profunda sobre la realidad social. Foucault (2000) desarrolla que la ciudadanía sin subjetividad conduce a la normalización, es decir a la forma de dominación cuya eficacia reside en la identificación de los sujetos con los poderes-saberes que se ejercen en ellos más que sobre ellos, por lo que es relevante saber qué tanto influyen estos saberes que se adquieren mediante el conocimiento de las diferencias de género así como a través del conocimiento de sus DSR como parte de su propia construcción en sujetos de derechos, lo cual supone que mediante un constante diálogo, tanto en lo personal como en lo colectivo, analizan y reflexionan lo que quieren y pueden hacer ante una realidad que intenta normar sus vidas al considerarlos sujetos en transición a la etapa adulta

En congruencia con Foucault y en oposición a una visión reduccionista y biologicista de los jóvenes, es que en este estudio se les concibió como sujetos

transformadores de sus realidades a partir de tomar decisiones con mayores márgenes de autonomía que la población general y desde un espacio de reflexión y discusión sobre la manera de vivir su sexualidad. Por lo que el interés no se encuentra en saber si usan condón o no o a qué edad iniciaron el ejercicio de su sexualidad, o si han recurrido a una interrupción legal del embarazo, sino se quiere acercar a estos procesos de transformación y conformación de la toma de decisiones de esos temas u otros.

Así lo interesante radica en el acercamiento al universo de las juventudes universitarias donde se pretende ubicar las formas en que los derechos sexuales y reproductivos influyen en sus experiencias referidas al ejercicio de su sexualidad a partir de una serie de conocimientos no sólo cognitivos, sino vivenciales que, atravesados por el género, posicionan a los universitarios en tensiones y contradicciones sobre la forma de ejercer su sexualidad. Por lo que el presente estudio tuvo como propósito responder si los universitarios de la UAM-X seleccionados bajos los criterios antes mencionados conocen, comprenden y ejercen sus DSR, ¿de qué manera el conocimiento de los DSR influye en la toma de decisiones en el ejercicio de su sexualidad? ¿Cuáles son algunas de las diferencias en las formas de ejercer la sexualidad entre hombres y mujeres?

Enseguida se muestran algunos datos específicos de la población de la UAM-X que son los primeros resultados de una encuesta aplicada en 2009 a una muestra representativa de estudiantes de ambos sexos de primer ingreso, que

forma parte del programa “Universidad Saludable” de la UAM-X (González de León y col., 2010).

Los datos que se exponen a continuación podrían ejemplificar que no basta con conocer sobre algunas cuestiones de SSyR para poder ir construyendo una toma de decisiones desde una postura de derechos, sino que hay una serie de elementos conjuntados que van limitando este proceso. Así se puede ver que con lo relacionado a prácticas sexuales de los estudiantes se mencionó que:

- A la pregunta ¿con quién tuvo su primera relación sexual? el 70.6% de los hombres mencionan a la novia/a contra un 90.8% de las mujeres; la diferencia se amplía cuando se trata de amigos/as: 22.4% de los hombres lo refiere a comparación de un 7.6% de las mujeres. Lo que indica un gran peso de elementos de la masculinidad dominante
- En lo que concierne al uso de métodos anticonceptivos, en la primera relación y en la última se manifiesta que: en la primera el 22.4% de los varones no usó en comparación a un 21.8% de la mujeres y en la última el 31% de los varones no usó en comparación al 25.9% de las mujeres.
- Con relación al uso del condón se considera por parte de un 40.1% de los hombres que disminuye el placer sexual en comparación a un 9.8% de las mujeres.
- Al preguntar sobre si la homosexualidad era una enfermedad, el 8.2% de los varones está de acuerdo en comparación al 2.7% de las mujeres.

Estos datos muestran cómo el género influye considerablemente en el ejercicio de la sexualidad, ya que se puede observar que los varones cuentan con una mayor permisividad social para iniciar el ejercicio de su sexualidad, al no parecer ser mayoritariamente mal visto que lo hagan con amigas, a diferencia de las mujeres que inician su vida sexual con el novio.

Eso podría interpretarse como efecto de los atributos de un modelo de masculinidad hegemónica que se traduce como exigencia cultural a ser satisfecha por los jóvenes en la construcción de su identidad masculina, Entre las características que corresponden a estas demandas sociales está el del conquistador, donde las conquistas sexuales lo hacen sobresalir entre sus pares, a diferencia de las mujeres que son socialmente señaladas de manera peyorativa si expresan la apropiación de sus cuerpo y deseo fuera de los compromisos afectivos y legales que la sociedad sanciona como autorización para ejercer prácticas sexuales.

Con respecto al uso del condón, en la primera y última relación, el porcentaje de uso aumenta en la última relación tanto en hombres como en mujeres, así que se puede suponer que no es suficiente informar para poder ejercer de manera consciente la toma de decisiones. También cabe preguntar sobre las posibilidades reales para negociar con la pareja sobre el uso de algún método de prevención de ITS y embarazos no deseados.

Por último, sobre la percepción de la homosexualidad como enfermedad, llama la atención que son los hombres quienes reportan un porcentaje más alto, lo anterior permite pensar en la homofobia instaurada como un rasgo esencial del modelo de masculinidad dominante donde prevalece la noción de que ser homosexual significa no ser un verdadero hombre.

De esta forma nos damos cuenta de la importancia que tiene la construcción de identidades genéricas en la toma de decisiones sobre el cuerpo y el deseo sexual de cada persona. Esto se relaciona de manera directa con la construcción de sujetos de derecho, por lo que se considera necesario incluirlo en el estudio al género como categoría analítica relacional que cruza transversalmente todas las situaciones contextuales y que posibilita conocer cómo la diferencia cobra dimensión de desigualdad en las relaciones sociales.

Ante lo arriba expuesto es indispensable considerar que la inequidad basada en el género a partir de la división sexual del trabajo y la imposición de la heterosexualidad como norma social, son procesos macrosociales que se traducen en prácticas y conductas que reflejan discursos reguladores que organizan con gran eficacia las modalidades con las que se pretende que las personas conduzcan sus vidas. Rivas y Amuchástegui (2004).

También es importante hacer mención que el hecho de que existan identidades sexuales diferenciadas posibilita el reclamo de ciertos derechos, pero

no determinan el proceso de construcción de sujetos de derecho, ya que éste lleva consigo un acto de exigencia política.

Esta lucha se enmarca en un proceso que no puede suceder sin la participación de los sujetos, no es abstracto:

“radica tanto en la corporalidad de los individuos, en sus narrativas y sus experiencias, como en los recursos simbólicos e imaginarios con los que cuentan para darles una lectura, para generar cierta coherencia y vincularlos con sus propios futuros. La historia no es un cuerpo inerte o un gran monstruo abstracto” (Rivas y Amuchástegui, 2004:546).

Otro aspecto relevante es la distinción entre tener y ejercer un, ya que ello alude el acceso a las condiciones de posibilidad para su puesta en práctica; dentro de ellas ocupa un papel relevante el replanteamiento de las relaciones de género y el acceso a los derechos reproductivos. Incluso más allá de las definiciones más conocidas de este término es difícil imaginar una decisión en abstracto, es difícil ejercer este derecho si no se tiene un proceso de politización y ciudadanía que permita conocer, comprender, y ejercer una apropiación del cuerpo y de la persona en su integralidad.

Abordar los derechos sexuales y reproductivos, visualizados como una parte constitutiva y fundamental en la construcción de sujetos de derechos, lleva

implícito la de construcción ciudadanía y salud; e implica dirigir un enfoque crítico hacia los mecanismos de control que la sociedad ejerce sobre los cuerpos y su sexualidad.

Por lo antes mencionado es que se considera necesario conocer más sobre la población universitaria, ya que a partir de sus características específicas pueden aportar una serie de nuevas formas de considerar y ejercer sus DSR así como posicionar sus múltiples expresiones como sujetos de derecho.

Capítulo III

Referentes conceptuales

Para tener mayor claridad sobre el conjunto de la investigación es necesario una breve descripción de teorías, conceptos y categorías analíticas a las que se recurrió para la comprensión del problema que nos ocupa. Al hablar de SSyR es indispensable hacer mención de algunas concepciones sobre qué es sexualidad, ya que al ser inherente al ser humano se vincula con una serie de elementos que complejizan su comprensión. La sexualidad se vincula con una serie de elementos que la conforman de diferentes maneras, como el género, lo erótico, el sexo, lo reproductivo, entre otros, por lo que se intentará precisar una serie de definiciones que permitan visualizarla

La sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del ser humano, en la ideología dominante, se basa en el sexo, incluyendo al género, las identidades

de sexo y de género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (OPS y OMS, 2000).

La sexualidad se constituye fundamentalmente por la orientación del deseo sexual, que es la organización específica que toma el erotismo y el vínculo emocional de un individuo con relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La Identidad sexual incluye la manera en cómo la persona se identifica como hombre o mujer, o una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona (OPS y OMS, 2000).

Desde una mirada médica y afinada por la sexología, Rubio (1998) expone a la sexualidad como un holon,⁴ o conjunto de ideas, actitudes, valores, suposiciones, visiones del mundo, entre otros elementos, que tiene manifestaciones psicológicas y sociales de relevancia y no sólo se limita al evento de la concepción, embarazo y parto, este proceso se continúa dentro de las funciones de maternidad y paternidad.

Desde el enfoque biomédico, la sexualidad humana se define como una serie de características biológicas de cada sexo para determinarla. Szasz (1998)

⁴ Eusebio Rubio (1998) desarrolla la teoría de los holones sexuales, donde se conciben como subsistemas de la sexualidad de las que se distinguen cuatro: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal.

señala que en este paradigma se homogeneiza el funcionamiento del cuerpo, ya que busca una serie de relaciones causales por lo que fragmenta la realidad enfocándose a cuestiones cuantificables.

Para comprender de mejor manera este enfoque biologicista, hay que tomar en cuenta la aportación que hace Menéndez (1983) desde la antropología con relación a la salud y a lo que nombra modelo médico hegemónico, el cual tiene los siguientes rasgos estructurales: biologicismo, concepción teórica, evolucionista, positivista, ahistoricidad, individualismo y eficacia pragmática, por mencionar algunos. Esta postura deja de lado elementos sociohistóricos que imprimen una diversidad en las formas de significar y practicar la sexualidad en los diversos grupos humanos.

Weeks (1998), desde su concepción sociológica, expone que la sexualidad es una construcción histórica que dispone de una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales, identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos, fantasías, que no necesariamente deben de estar vinculadas. Szasz (1998) suma a la sexualidad como un aspecto central de la vida humana que abarca sexo, roles e identidades de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad.

La sexualidad se entiende “como manifestación humana sujeta a convenciones culturales como un fenómeno histórico y cambiante, sólo definible en el contexto de una cultura” (Minello, 1998:36), donde el cuerpo biológico es lo

que delimita y establece lo sexualmente posible. “La sexualidad es más que simple cuerpo. La sexualidad involucra nuestras ideologías, creencias, e imaginación, tanto como el cuerpo físico” (Weeks, 1998:178).

Para Marcela Lagarde (1993) la sexualidad humana es lenguaje, símbolo, norma, rito, mito: es uno de los espacios privilegiados de la sanción, del tabú, de la obligatoriedad y de la transgresión. En la organización genérica está el control social de los cuerpos de hombres y de mujeres y del dominio de ellos sobre ellas, vía la expropiación de sus cuerpos y de sus creaciones. Es la base del poder, esto se vincula con lo que expone Foucault (2002) cuando dice que la sexualidad es un conjunto de prácticas que producen significado, y que mediante el poder regula la vida de los individuos.

Por lo antes dicho es difícil poder conceptualizar con precisión lo que implica la sexualidad, ya que es a partir de una diversidad de prácticas culturales donde se visualiza lo que se permite o censura, lo considerado normal o anormal, moral o inmoral; así la sexualidad está configurada por una variedad de fuerzas sociales. “La sexualidad sólo existe a partir de sus formas sociales y su organización social” (Weeks, 1998:29). En esta investigación consideramos a la sexualidad más desde una visión como la que plantean Weeks, Lagarde y Szasz, como producción sociocultural expresada en distintas prácticas que dan sentido y significado a un imaginario social, donde el cuerpo se define a partir de cada contexto histórico, por lo que la sexualidad se da a través las formas de organización social que se construyan.

De acuerdo con Weeks (1998), se piensa a la sexualidad como una producción social expresada en distintas prácticas que dan sentido a actividades corporales, identidades, creencias y significados humanos. Teniendo en cuenta que los comportamientos sexuales han evolucionado históricamente, configurándose a través de relaciones de poder, esto hace referencia a la manera inequitativa de construir las relaciones entre hombres y mujeres donde la sexualidad femenina se ha desvalorizado (Lagarde, 1993). Por lo que la desigualdad entre los hombres y las mujeres se expresa en la experiencia individual de la sexualidad (Szasz, 1998).

Para la mujer se prescribe una sexualidad pasiva en la que la satisfacción personal queda supeditada a la del compañero sexual y tiene como eje central la reproducción. Así la sexualidad se constituye “por una serie de creencias relaciones o identidades históricamente conformadas y socialmente construidas,” (Weeks, 1998:182).

De manera que la sexualidad es una manifestación humana que está sujeta a convenciones culturales, inamovibles o cambiantes espaciales y temporales, donde se dan vínculos afectivos, amorosos y eróticos, con los que, desde la ideología dominante, se busca la reproducción de la especie, pero que desde enfoques críticos se busca el placer y donde la reproducción es sólo una posibilidad o consecuencia: en tanto construcción social, la sexualidad se

desarrolla generalmente en el ámbito del poder y genera prácticas que reproducen la inequidad.

La sexualidad se expresa dentro de identidades genéricas masculinas y femeninas que responden a una “visión del dominio masculino y no a la diferencia sexual ni a la referencia a la biología como determinante de la especificidad sexual de las mujeres, es un producto ideológico” (De Lauretis, 1993:87) que responde a una serie de mandatos sociales que se han construido transhistóricamente, por lo que se asumen como formas de ser en la vida dadas de manera natural y representadas a través de los géneros, a la vez que invisibilizan una diversidad de expresiones y desplazan los limitantes del género a partir de una conciencia de opresión y acción política donde se critica el sistema heterosexual y la dominación masculina. (Butler, 2001)

El género se puede entender como una forma de referirse a la organización social de las relaciones entre sexos, ha estado presente desde el inicio de la evolución de la humanidad por lo que se considera que los sexos se despliegan en contextos sociales, culturales e históricos determinados. (De Lauretis, 1993) Cuando las mujeres y los hombres siguen las pautas femeninas y masculinas socialmente prescritas, se reproducen disposiciones institucionales basadas en la categoría sexual.

Butler (2001:39) menciona que independientemente de la inmanejabilidad biológica que parece tener el sexo, el género se construye culturalmente: por lo

tanto el género no es resultado causal del sexo ni tampoco es aparentemente fijo como el sexo.

De tal manera que la construcción de las masculinidades y feminidades terminan estando influidas por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos y religiosos.

Scott (1996) expone dos ideas centrales que permiten una mejor comprensión de su construcción: el género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y el género como una forma primaria de relaciones significativas de poder.

Estas son formas de construir las relaciones sociales donde las mujeres no son reconocidas sino a partir de lo que De Lauretis subraya “la objetivación sexual es lo que define a la mujer como sexual y no como mujer” (1993:99). Lo que señala a la diferencia sexual como punto de constitución de la mujer, así la sexualidad se coloca en el centro de la realidad de las mujeres ubicándolas como reproductoras, madres y cuidadoras, acciones que les permiten vivirse como mujeres desde una visión de una cultura patriarcal occidentalizada.

Esto justifica un dominio ideológico, una hegemonía manifiesta en discursos y prácticas que se encuentran vinculadas por una serie de mecanismos de dominio como la raza, etnia, género y clase, entretejiendo así categorías diversas que se vinculan a la dominación de uno/as por la opresión de otros/as. Por lo que

entendemos que el género es la diferenciación constituida en el orden cultural, es parte de lo establecido para lo femenino y lo masculino y una forma de naturalizar las inequidades dentro de las relaciones sociales. La cultura marca a los sexos con el género, y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religiosos, lo cotidiano (Lamas, 2000).

Con relación a la salud reproductiva se entiende como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a garantizar el respeto a las decisiones que las personas toman sobre su sexualidad y reproducción, es decir, rechaza que la sexualidad sea sólo para fines reproductivos (CIPD, 1994

Sallez y Tuirán (2001) exponen una serie de elementos que conforman a la SSyR como: derechos reproductivos, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, relaciones de género y sexualidad humana.

La ONU (1995), considera a la salud reproductiva como: un estado de bienestar físico, emocional, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones-procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, así como la libertad para decir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Algunos de los Derechos reproductivos son (OMS, 2002):

- Elegir tener hijos o no.

- Elegir el número de nacimientos y el espaciamiento entre los mismos.
- Acceder a servicios de salud reproductiva de alta calidad.
- Obtener la información y los medios para regular y controlar la fertilidad, incluyendo la anticoncepción de emergencia.
- Obtener un aborto seguro en los casos admitidos por la ley.
- Acceder a tratamientos y métodos para atender problemas de infertilidad y esterilidad.

Para la ONU, (1995) la salud sexual incluye el desarrollo de la vida y de las relaciones personales. La OPS y OMS (2000) consideran a la salud sexual como la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere de un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se obtenga y mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y promovidos (OMS, 2002).

Petchesky (2000) subraya un aspecto importante sobre lo que es la concepción de la sexualidad desde la perspectiva de los Derechos Humanos

donde se asocia a problemáticas como la violencia sexual, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, la infección del VIH o la mortalidad por abortos clandestinos. Desde esta mirada, el centro de atención de los derechos sexuales se sitúa principalmente en el derecho a una sexualidad libre de coacciones, discriminaciones y violencia.

El tener una visión de derechos impugna la imposición de una postura adultocentrista y posibilita “reconocer la necesidad de que los jóvenes sean escuchados y tomadas en cuenta sus decisiones, de contar con un sistema que garantice de forma legal todos sus derechos humanos” (Chávez y Rodríguez, 2011: 28).

El pensar en derechos sexuales es considerar que somos seres sexuados, por lo que se requiere una serie de mecanismos que protejan la libertad y dignidad de cada persona con relación a su edad y las decisiones que puedan tomar sobre su cuerpo.

Algunos de los derechos sexuales son (OMS, 2002):

- Estar libre de la coerción, explotación y abusos sexuales.
- Respetar la diversidad y privacidad de formas de expresión de la sexualidad humana.
- Acceder servicios de salud sexual de alta calidad, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos.

- Acceder a una educación sexual integral.

La sexualidad y reproducción están articuladas por condicionamientos culturales, donde las determinaciones de género expresan los patrones, valores y pautas de comportamiento de hombres y mujeres. Las relaciones de subordinación de las mujeres con respecto a los varones, tienen su expresión en el campo de la sexualidad, por ejemplo, en los mitos y valores asociados a los cuerpos, en la devaluación social de lo femenino, en la doble moralidad sexual respecto de la valoración diferenciada de lo que hace un hombre y una mujer, en el escaso poder social de las mujeres y sus dificultades para tomar decisiones sobre sus cuerpos. Sin cambios en las relaciones de poder en el campo de la sexualidad y reproducción será difícil lograr cambios en las relaciones en otros ámbitos.

Por lo que Amuchástegui (2007) considera que el derecho a tomar decisiones en igualdad de condiciones sobre la sexualidad y reproducción, si bien es un derecho reconocido a hombres y mujeres, presenta complicaciones a la hora de su aplicación. Las relaciones de poder entre los géneros son un obstáculo para que las mujeres puedan ejercer este derecho.

Pensar la SSyR implica remitirse a una diversidad de temas vinculados entre sí pero no reconocidos de la misma forma. Salinas (2007) señala esta dificultad al preguntarse ¿cómo pensar el disfrute de la sexualidad y la libertad de procreación cuando lo primero no está socialmente permitido y lo segundo se

determina de una mirada biológica?, lo que dificulta una serie de cuestionamientos ante esa naturalización de la identidad de género que conforma a hombres y mujeres.

Bourdieu (2000) consideró necesario puntualizar que las diferentes funciones en términos de género forman parte de una estructura social fundamentada en procesos de inclusión-exclusión insertos en el patriarcado y el sexismo como forma de dominación sociocultural, elementos que se entrelazan en la posibilidad de limitar o potencializar la construcción de sujetos de derecho debido a la articulación de una serie de derechos que posibilitan el acceso a la educación, la información, la salud, la vivienda, entre otros, que se han expresado en una serie de movimientos sociales como los que reivindicaban el derecho al aborto

Correa (1999:47) considera que para lograr el pleno ejercicio de los derechos sexuales, es necesario un ambiente favorable en el que las prácticas individuales sean inspiradas por el principio del respeto a la identidad del otro y a su voluntad, en condiciones sociales, económicas y culturales que conduzcan a la igualdad entre los géneros, a la libertad en la orientación sexual, a la no discriminación; un mundo en el que las prácticas sexuales individuales no estén sujetas a la coerción moral o legal.

Los DSR 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 a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de SSyR. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (CIPD, 1994).

Estos avances conciben a los derechos sexuales y reproductivos más allá que el derecho al aborto, a los anticonceptivos y a la planificación familiar, y no competen solamente a las mujeres sino también a los hombres, las parejas, los matrimonios, los adolescentes y jóvenes, los homosexuales, lesbianas, y otros grupos cuyas actividades sexuales tienen lugar fuera de las definiciones tradicionales de pareja y familia.

Lo antes expuesto ha estado en una constante crítica ya que reconoce la multidimensionalidad de lo que se considera SSyR, motivo por el cual es necesario tener en cuenta elementos culturales y políticos, y no sólo biomédicos, demográficos y cuantitativos.

Desde un enfoque de derechos, la SSyR se considera una garantía que se debe cubrir por parte del Estado, donde las personas tengan acceso a servicios de salud, sin que haya una forma inequitativa de brindarlos, ya sea por cuestiones de edad, condición social, orientación sexual, etnia, etc. Por lo que el tener acceso a una SSyR es un derecho de todos los ciudadanos, más allá de la diversidad de sus necesidades.

Por ello se considera que la población en general debe asumir su sexualidad con autonomía, responsabilidad e información adecuada, en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo hay una serie de limitantes que no permiten el ejercicio de la sexualidad como un derecho, ya que hay una gran carga hacia el ámbito reproductivo, lo cual enfatiza las acciones en el terreno de la salud hacia la mujer dejando un gran vacío en la atención del compromiso y las necesidades de los varones.

Otro referente teórico a considerar es el de sujetos sociales, al hablar de éstos considero importante hacer mención que los universitarios son y han sido actores importantes dentro de la exigencia y la defensa de los derechos que los posiciona dentro de una toma de decisiones informada y consiente que posibilita la apropiación de su persona mediante la expresión de su ciudadanía. La noción de apropiación se retoma de lo expuesto por Rivas y Amuchástegui (2004), donde cobra relevancia en tanto proceso subjetivo con el que se encarnan las aspiraciones, deseos y expectativas e intervienen en la manera en la que cada individuo se hace cargo de su sexualidad y su cuerpo. La apropiación es diferente para hombres y mujeres en la cultura de género dominante, en la cual las mujeres son excluidas de su sexualidad o sólo son consideradas en su rol de reproductoras, hay un sesgo importante ante la expresión del deseo, el gozo, el erotismo y la apropiación del cuerpo.

La apropiación es entendida como un proceso que permite a las personas reconocer las posibilidades de sus cuerpos, de su sexualidad y reproducción, autorizándose a sí mismas para hacerlo y dándose voz para exigir que se cumplan las condiciones sociales, económicas y políticas requeridas para ejercer sus derechos. Rivas y Amuchástegui (2004),

Desde esta perspectiva, los sujetos van dando forma a su experiencia, en ese sentido Granados (2007) considera que el orden social adquiere significado en la subjetividad de los individuos, de esta forma los sujetos no son sólo depositarios de cultura, también son capaces de reflexionar y transformar sus circunstancias modificando el orden social mediante la transgresión o la resistencia, lo mismo sucede con su sexualidad.

De esta manera se puede considerar que una serie de abusos, discriminación, falta de reconocimiento, entre otras situaciones que generan inequidad social posibilitan, aunque parezca paradójico, la conformación de sujetos sociales.

Peña (1993) expone que la referencia obligada para la identificación de sujetos sociales es el complejo de contradicciones en torno a intereses y ofensas de dominación y explotación que existen en cada sociedad y que cruza las vidas de las personas. Por tal motivo dicho autor señala que para que surja el sujeto social no basta con abusos y ofensas que afecten a todos, se requiere cobrar voz

y dar presencia al reclamo, lograr una organización básica, formular desde demandas hasta proposiciones y alternativas.

Lo antes dicho tiene dos acepciones desde lo que Foucault (1980) propone como sujeto, la primera refiere a un sujeto sometido al otro por el control y la dependencia, y sujeto ligado a su propia identidad por la conciencia y el conocimiento de sí mismo. De esta manera se podría decir que el poder radica en los individuos.

Para tener mayor claridad ante la creación de sujetos de derecho, Eibenschutz (1996) expone que no es el Estado el que detenta el poder en la sociedad, sino todos los individuos, todos y cada uno de los ciudadanos son dueños de su propio poder. Sin embargo el Estado, mediante mecanismos de control, se apropia de los cuerpos y los obliga (coerción) o los convence (consenso y legitimidad) para que lo obedezcan en función del Derecho. Ante esto la misma autora considera que si los individuos fueran conscientes de las formas de gastar su energía, no sólo en términos individuales sino en función de proyectos colectivos, se podría retornar el poder a los individuos que constituyen las sociedades.

De esto se puede considerar a los sujetos sociales como aquellos que despliegan una resistencia o transgresión mediante una serie de acciones comunitarias que se desprenden de intereses colectivos. Así los jóvenes. al encontrarse en un constante encuentro y desencuentro de lo que son y en

contraposición a las formas de expresión dominantes, generan prácticas que desarrollan procesos de subjetivación considerados por Guattari y Sueley (2006) como una manera de rechazar todos esos modos de codificación preestablecidos, todos esos modos de manipulación y control a distancia, rechazarlos para construir modos de sensibilidad, modos de relación con el otro, modos de producción, modos de creatividad que produzcan una subjetividad singular. Lo que expresa autonomía representada en el proceso de subjetivación correspondiente a las experiencias de emancipación. En el caso de lo DSR, se puede observar una serie de acciones colectivas que han dado pauta a la creación de organizaciones civiles en una diversidad de temas vinculados a la SSyR, como el derecho al aborto, a una vida libre de violencia, o a informar y sensibilizar sobre las formas de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

La autonomía está ligada a la construcción de sujetos sociales, a la construcción de subjetividades diversas que se exponen mediante una experiencia creativa y propositiva; así, en palabras de Boaventura (2002), la autonomía no adquiere la especificidad de designar la subjetivación de la experiencia de la emancipación, sino que se presenta como dato o proceso, como supuesto que alimenta, atiza el conflicto, la lucha, el antagonismo, el cual aparece como el dato o proceso subjetivo por excelencia.

“La autonomía se considera el pasaje intermedio entre la subalternidad y una nueva hegemonía-dominación, lo cual equivale a decir que la autonomía es la condición para emprender la lucha por la hegemonía” (Baratta, 2007:130).

Por lo que se considera un proceso emancipatorio de carácter subjetivo, que se realiza en la medida en que se despliega la emancipación subjetiva a partir de las experiencias de autodeterminación. De manera que es concebida como un horizonte de liberación que se construye en el presente por medio de la lucha y se proyecta hacia una nueva forma social (Boaventura, 2009).

Así la autonomía adquiere permanencia en la medida en que articula la independencia de un proceso de emancipación anclado en el desarrollo de subjetividades forjadas a partir de experiencias y prácticas de autodeterminación. Como expresión de lo anterior, se podría mencionar la toma de decisiones que en el ejercicio de la sexualidad realizan cotidianamente los jóvenes donde se demuestra una mayor apropiación del cuerpo.

Castoriadis (1988:112) denomina a estas acciones de apropiación y transformación: política revolucionaria, una *praxis* que tiene como objeto la organización y la orientación de la sociedad en vista de la autonomía de todos y reconoce que ésta presupone una transformación radical de la sociedad que no será, a su vez, posible sino por el despliegue de la autonomía de la humanidad.

En este sentido, se presente o no como modelo abstracto, como proyecto definido o como mito, la autonomía empieza a existir en las experiencias concretas que la prefiguran, dando vida a un proceso de emancipación que adquiere materialidad como un movimiento real que anula y supera el estado de cosas actual.

Por otra parte, si la autonomía es por definición la capacidad de establecer normas, es poder y, por lo tanto, se desprende de relaciones de poder, es poder entendido como relación y no como cosa u objeto, relación entre sujetos. Guattari y Suey (2006). De aquí que el poder no se posee, se ejerce. En tal sentido, sus efectos no son atribuibles a una apropiación sino a ciertos dispositivos que le permiten funcionar plenamente. Nadie es su dueño o poseedor, sin embargo sabemos que se ejerce en determinada dirección; no sabemos quién lo tiene pero sí sabemos quién no lo tiene (Foucault, 1999).

La autonomía surge y se forja en el cruce entre relaciones de poder y construcción de sujetos. “En esta intersección, la autonomía aparece como parte del proceso de conformación del sujeto socio-político, es decir como la condición del sujeto que, emancipándose, dicta sus propias normas de conducta” (Boaventura 209:134). Donde se conforme una política horizontal entre ciudadanos, mediante la participación y la solidaridad, como elementos promotores de una cultura política horizontal, dirigida a una nueva calidad de vida personal y colectiva basadas en la autonomía y en el autogobierno, en la

descentralización, la democracia participativa, el cooperativismo y en la producción socialmente útil.

Boaventura (2000) subraya que la emancipación combate los excesos de regulación de la modernidad a través de una nueva ecuación entre subjetividad, ciudadanía y emancipación, crear un nuevo sentido común político, revalorizar el principio de la comunidad con las ideas de igualdad, autonomía y solidaridad. De ahí la importancia de mirar en los universitarios estos procesos de autodeterminación que influyen indudablemente en el ejercicio de su sexualidad, donde expresan la apropiación de sí mismos mediante la toma de decisiones en lo individual y la construcción de organizaciones a distintos niveles en lo colectivo.

Capítulo IV

El presente capítulo tuvo como objetivo principal evaluar los conocimientos, prácticas y necesidades en torno a los derechos sexuales y reproductivos y la SSyR de los estudiantes de UAM-Xochimilco pertenecientes al Tronco divisional de ciencias biológicas y de la salud (TDCBS), e identificar la relación entre estas variables. De este propósito se desprendieron los objetivos específicos:

- Describir las características socio demográficas de los/las estudiantes del primero año de la UAM-Xochimilco pertenecientes al TDCBS.

- Evaluar los conocimientos y las prácticas sexuales de los estudiantes de la UAM-X, así como identificar las diferencias por sexo.
- Evaluar el nivel de conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los universitarios e identificar las diferencias por sexo.
- Identificar necesidades de los universitarios para fortalecer el ejercicio de sus DSR.
- Evaluar la relación entre conocimientos y prácticas en torno a métodos anticonceptivos y de protección de ITS.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, analítico, en jóvenes de la UAM-X. Esto debido a que no hay manipulación de variables y se hace el levantamiento de información de los jóvenes sobre sus DSR y no hay seguimiento.

La UAM-X es un universidad ubicada al sur de la Ciudad de México, cuenta con una comunidad estudiantil de hombres y mujeres mayoritariamente adultos jóvenes, los cuales se insertan a un sistema de enseñanza no tradicional denominado sistema modular donde se promueve la participación crítica y la reflexión, debido a que en la dinámica de enseñanza - aprendizaje se sustenta en la discusión grupal de un compendio de lecturas previamente seleccionadas donde el profesor coordina la discusión, lo que permite ir generando el conocimiento desde una diversidad de puntos de vista.

El plan de estudios de cada carrera está integrado por 12 módulos (carreras de cuatro años, excepto medicina y medicina veterinaria y zootecnia que tienen planes de estudio más largos), son 18 carreras entre las ciencias sociales y humanidades, biológicas y de la salud, y de ciencias y artes para el diseño. Al ingresar a la Universidad, todos los alumnos cursan el Tronco Interdivisional (TID), espacio común del saber, el cual se cursa en el primer trimestre, posteriormente cursan el Tronco Divisional (TD) donde hay una división por áreas de las cuales la de ciencias biológicas y de la salud (CBS) fue parte de nuestra población de estudio.

Para el año 2011 en que se realizó el presente estudio, la UAM-X registró una admisión de 4,482 aspirantes de los cuales, el 51.51% eran hombres y 48.49% mujeres (Anuario UAM, 2011). Esto muestra una población muy heterogénea que posibilita un universo de concepciones y formas de expresión diversas dentro de la universalidad. Debido a la propuesta educativa que genera gran demanda de jóvenes no sólo de la Ciudad de México, sino también de otros estados de la república.

Criterios de selección de la muestra total

Inclusión: Estudiantes de la UAM-X hombres y mujeres del Tronco Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud (TDCBS) del área de ciencias biológicas y de la salud, turno matutino, que tuvieran entre 19 y 25 años de edad,

que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio. Con un total de 170 hombres y mujeres.

Se considera relevante acercarse a conocer la opinión de los jóvenes pertenecientes (TDCBS) debido a que se encuentran en el primer año de la universidad y se encuentran en un proceso donde dejan la adolescencia para convertirse en adultos jóvenes, lo que los hace ubicarse en una transición hacia la independencia económica al insertarse al ámbito laboral, situación que se contrapone ante una concepción social que les implica riesgos y problemas, como embarazos no planeados, desempleo o deserción escolar.

Se eligió a estudiantes pertenecientes al área de Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS), donde se encuentran las licenciaturas de: Enfermería, Estomatología, Biología, Medicina, Agronomía, Nutrición, Medica Veterinaria, Farmacéutica, esto para poder tener un acercamiento a las maneras en que ejercen su sexualidad y sus DSR los jóvenes que se formarán desde dichos campos de conocimiento; sin embargo hay que resaltar que son jóvenes y sobre todo universitarios por lo que es relevante conocer de qué manera ejercen o se limitan su ejercicio de la sexualidad.

Instrumento de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario elaborado *ex profeso* para evaluar los conocimientos sobre los DSR, así como las

prácticas sexuales y datos sociodemográficos. Se realizaron dos pruebas piloto en la UAM-X antes de su aplicación y se ajustaron las observaciones correspondientes.

El cuestionario constó de 39 reactivos dirigidos a explorar situaciones específicas en DSR, de los cuales se enfocaron a las prácticas en sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, los temas fueron:

- Inicio de su vida sexual activa
- Acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y prevención de ITS
- Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

Se recuperaron las respuestas de 170 estudiantes del tronco divisional de la UAM- X pertenecientes a las diferentes licenciaturas de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS).

Análisis

Se realizó un análisis de frecuencias simples y significancia estadística:

- a) Análisis descriptivo: se realiza a través de frecuencias simples.
- b) Análisis inferencial sobre las diferencias entre hombres y mujeres.

- c) Análisis de variables categóricas o nominales, se analizaron a través de la prueba de significancia estadística chi cuadrada para medir la diferencia entre hombres y mujeres.

La chi cuadrada calcula la diferencia entre los valores de distribución reales con respecto a los esperados si no hubiera asociación entre las variables involucradas, calculando el valor de p ; en este caso, consideramos que hay asociación o significancia entre las variables independientes y dependientes cuando el valor de p es $<$ de 0.05. También se realizó un análisis de varianza para analizar el promedio de grupos, para este último tipo de análisis se consideró la significancia de $p < 0.05$.

Se compararon hombres con mujeres dentro de los temas arriba enlistados, se exploraron posibles asociaciones entre variables con el fin de valorar su posible poder explicativo. En el caso de las variables ordinales se realizó el análisis de varianza. Las preguntas 1 a la 17 son parte de los datos sociodemográficos por lo que las variables de análisis se encuentran como se muestra en el cuadro

Cuadro 1 Variables de análisis			
Variables de Análisis	Tipo de variable	Escala	Preguntas
Conocimiento sobre SSyR.	Numérica	ordinal	18,19
	Categórica	Nominal	24,25
Acceso a la información	Categórica	Nominal	20, 22 21
Conocimiento sobre DSyR.	Categórica	Nominal	26.27,28
Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y prevención de ITS	Categórica	Nominal	29,30,31
Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	Categórica	Nominal	23, 34,35,38
Toma de decisiones	Categórica	Nominal	33, 32
Prácticas sexuales	Categórica	Nominal	14, 15, 16,17
Violencia sexual y de género	Categórica	Nominal	37,36

Elaboración propia

Capítulo V

Resultados

El siguiente apartado muestra los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario. El análisis comparativo buscó establecer las principales diferencias de entre hombres y mujeres. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significantes en algunas de las asociaciones entre las variables analizadas.

Datos sociodemográficos

Del total de los entrevistados, el 53% son mujeres y 46% hombres, de los cuales el 88.3% se declaró heterosexual, 3.1% homosexual siendo el 1.1% mujeres y 5.4% hombres, y bisexuales el 8.6%, de éstos 10.1% son mujeres y 6.8% hombres.

Con relación al estado civil, un 59% son solteros, de los cuales 60.7% son mujeres y 57.1% hombres; el 16.3% tienen novio y de éstos 13.5% son mujeres y 19.5% hombres; el 1.2% son casados, de los cuales 1.1% son mujeres y 1.3% hombres.

Con relación a la distribución de la población de estudio por licenciatura, la carrera de medicina obtuvo el mayor porcentaje el 12.5%, veterinaria y zootecnia 8.3% y biología 6.0%. Ver cuadro 2

Cuadro 2
Distribución de la población encuestada por sexo, orientación sexual y licenciatura

	Mujer		Hombre		Total	
	%	N	%	N	%	N
Sexo	53	90	46	78	99	98.8
Orientación sexual						
Heterosexual	88.8	79	87.8	65	88.3	144
Homosexual	1.1	1	5.4	4	3.1	5
Bisexual	10.1	9	6.8	5	8.6	14
Edo civil						
Soltero/a	60.7	54	57.1	44	59.0	98
Novio/a	13.5	12	19.5	15	16.3	27
Novio/a formal	18.0	16	16.9	13	17.5	29
Casado	1.1	1	1.3	1	1.2	2
Separado	0.0	0	1.3	1	0.6	1
Unión libre	4.5	4	1.3	1	3.0	3
Licenciatura						
Biología	8.8	9	3.8	4	12.0	13
Enfermería	9.9	10	2.3	2	10.4	12
Estomatología	5.3	5	3.6	3	7.7	8
Nutrición humana	5.4	5	3.6	3	7.6	8
Medicina	9.9	10	13.3	15	17.5	25
Medicina veterinaria y zootecnia	9.9	9	6.2	7	14.3	16
Química farmacéutica y biológica	4.2	3	2.3	2	5.7	5
Agronomía	7.7	7	3.3	4	9.7	11

Fuente: Elaboración propia

Con relación a la distribución de la población por el trimestre que cursaban al momento de la encuesta, se encontraba el 49.4% en segundo y el 50.6% en el tercero. No hay de primer trimestre ya que pertenecen al tronco divisional (TD), donde se trabajó con alumnos de la división de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Un 95.2% no tenía hijos; con respecto a la religión, el 52.6% era católico, el 44.4% no se adscribió a ninguna; el 78.9% no trabaja, sobresaliendo que el 21.3% sí lo hacen, la independencia económica es uno de sus principales motivos para laborar (11.4%) y para el pago de sus estudios (10.2%). De la población que labora, el 14.4% se desempeña en trabajos que no se relacionan con la carrera que estudian (7.8%), sólo el 1.8% se empleaba en puestos relacionados. Ver resumen en el siguiente Cuadro 3.

Cuadro 3
Variables sociodemográficas y trimestre que cursaban

Trimestre que cursaban	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Segundo	44	48.9	39	50.0	83	49.4
Tercero	46	51.1	39	50.0	85	50.6
Hijos						
No	87	96.7	73	93.6	160	95.2
Sí	3	3.3	5	6.4	8	4.8
Religión						
Ninguna	31	37.8	39	52.7	70	44.4
Católica	48	58.5	34	45.9	82	52.6
Otra	1.9	3.7	1	1.4	4	2.6
Empleo						
No	78	89.7	51	66.2	129	78.9
Sí	9	10.3	26	33.8	35	21.3

Fuente: Elaboración propia.

Los datos expuestos dejan ver que hay una gran carga religiosa en los universitarios, así como una necesidad de independencia económica y apoyo a los estudios, por lo que en la mayoría de los casos se emplean en trabajos no relacionados a sus estudios, situación que implica mayor creación de redes de vinculación laboral desde la universidad.

Como se muestra en el cuadro 4, el 47.2% de las mujeres manifiesta ser sexualmente activa en comparación con el 65.8% de los hombres, considerándose esto por estereotipos de género tanto masculinos como femeninos, donde a ellas se les vincula más con el compromiso y con la expresión de sus deseos en comparación con los varones quienes tienen una mayor aceptación social ante sus conquistas sexuales.

Cuadro 4
Distribución de la población por sexo y actividad sexual

Actualmente tienes vida sexual	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	42	47.2	50	65.8	92	55.8
No	47	52.8	26	34.2	73	44.2

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro 5 muestra que el 44.4% de las mujeres y el 43.9% de los varones tuvieron su primera relación sexual con su pareja, cabe destacar que el 6.3% de las mujeres lo hizo con conocidos o amigos, en comparación con el 16.7% de los varones que la tuvieron con conocidos y 18.2% con amigo/as.

Cuadro 5
Persona con quién tuvo su primera relación sexual

Con quién tuviste tu primera relación sexual	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Novio/a	28	44.4	29	43.9	57	44.2
Novio/a formal	26	41.3.	10	15.2	36	27.9
Conocido/a	4	6.3	11	16.7	15	11.6
Desconocido/a	1	1.6	2	3.0	3	2.3
Compañero/a	0	0.0	1	1.5	1	0.8
Amigo/a	4	6.3	12	18.2	16	12.4
Otro	0	0.0	1	1.5	1	0.8

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro 6 muestra que el 53.1% de las mujeres a lo largo de su vida ha tenido relaciones con su pareja, en comparación al 77.1% de los hombres. El 12.5% de las mujeres las ha tenido con amantes, para los hombres esta misma situación fue de 31.4%; con desconocidos el 15.7% en comparación al 3.1% de las mujeres, lo que sustenta lo comentado por (De Keijzer, 2003) que el hombre es un factor de riesgo hacia sí mismo, hacia mujeres y niños(as) y hacia otros hombres. Ya que expone que el modelo dominante de socialización masculina incorpora en los varones una serie de valores como la competencia, la agresividad, la independencia así como una serie de acciones temerarias.

Cuadro 6
Tipo de personas con las que varones y mujeres han tenido relaciones sexuales

A lo largo de tu vida con quién has tenido relaciones sexuales	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Novio/a $p < 0,05^5$	34	53.1	54	77.1	134	65.7
Novio/a formal	37	57.8	35	50.0	72	53.7
Amante	8	12.5	22	31.4	30	22.4
Prometido/a	2	3.1	5	7.1	7	5.2
Conocido/a	16	25.0	32	45.7	48	35.8
Desconocido	2	3.1	11	15.7	13	9.7
Compañero/a	3	4.7	23	32.9	26	19.4
Amigo/a	16	25.0	39	55.7	55	41.0

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 7 se muestra que hay diferencias estadísticas en el conocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos: El condón masculino muestra una diferencia mínima por sexo, ya que el 89% de las mujeres y el 96.2% de los hombres lo conoce, por lo que se podría pensar en una mayor negociación en su uso así como en el de otros métodos anticonceptivos.

⁵ Lo sombreado refiere diferencias estadísticamente significativas que implican una relación entre variables que no es debido al azar.

Cuadro 7
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos que sepa utilizar		Mujer		Hombre		Total	
		N	%	n	%	N	%
Condón masculino	no	9	11.0	3	3.8	12	7.5
	Sí	73	89.0	75	96.2	148	92.5
Condón femenino p<0,05	no	41	60.3	21	40.4	62	51.7
	Sí	27	39.7	31	59.6	58	48.3
Ritmo p<0,05	no	45	65.2	18	36.7	63	53.4
	Sí	24	34.8	31	63.3	55	46.6
Pastillas	no	20	26.3	14	23.0	34	24.8
	Sí	56	73.7	47	77.0	103	75.2
Retiro p<0,05	no	39	60.9	12	23.5	51	44.3
	Sí	25	39.1	39	76.5	64	55.7
Implante	no	55	87.3	30	73.2	85	81.7
	Sí	8	12.7	11	26.8	19	18.3
Inyecciones	no	47	68.1	25	62.5	72	66.1
	Sí	22	31.9	15	37.5	37	33.9
Anillo vaginal p<0,05	no	55	88.7	22	64.7	77	80.2
	Sí	7	11.3	12	35.3	19	19.8
DIU p<0,05	no	50	78.1	17	53.1	67	69.8
	Sí	14	21.9	12	37.5	26	27.1
Nunca he usado método anticonceptivo	no	55	83.3	24	82.8	79	83.2
	Sí	11	16.7	5	17.2	16	16.8

Fuente: Elaboración propia

Con relación a las formas de protección de ITS, en el cuadro 8 se reportan diferencias estadísticamente significativa. Se manifiesta que el condón masculino es el más usado por los universitarios, los hombres lo usan en 96.2% y las mujeres 76.7%. El uso del condón femenino tiene los segundos porcentajes más elevados, 23.3% las mujeres y 17.9% los hombres. Cabe señalar que en todos los demás métodos referidos ninguno protege de las ITS y en todos hay porcentajes

que hacen referencia a su uso. Lo que manifiesta grandes deficiencias en la educación sexual, y se podría suponer que es lo que genera la confusión sobre el uso de métodos anticonceptivos y de prevención de ITS.

Cuadro 8
Métodos de protección de ITS

Cómo te proteges de las ITS		Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Condón masculino $p < 0,05$	no	21	23.3	3	3.8	24	14.3
	sí	69	76.7	75	96.2	144	85.7
Condón femenino	no	69	76.7	64	82.1	133	79.2
	Sí	21	23.3	14	17.9	35	20.8
Ritmo	no	87	96.7	75	96.2	162	96.4
	sí	3	3.3	3	3.8	6	3.6
Pastillas	no	83	92.2	76	97.4	159	94.6
	Sí	7	7.8	2	2.6	9	5.4
Retiro	no	86	95.6	75	96.2	161	95.8
	sí	4	4.4	3	3.8	7	4.2
Implante $p < 0,05$	no	87	96.7	78	100	165	98.2
	Sí	3	3.3	0	0.0	3	1.8
Inyecciones	no	88	97.8	78	100	166	98.8
	Sí	2	2.2	0	0.0	2	1.2
Anillo vaginal	no	90	100	77	98.7	167	99.4
	Sí	0	0.0	1	1.3	1	0.6
DIU	no	87	96.7	77	98.7	164	97.6
	Sí	3	3.3	1	1.3	4	2.4
Nunca he usado método anticonceptivo	no	87	96.7	78	100	165	98.2
	Sí	3	3.3	0	0.0	3	1.8

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 9 se expone la persona que decide con relación al método anticonceptivo a utilizar, es interesante observar que ambas personas es la respuesta con mayor porcentaje, lo que puede estar indicando la posibilidad de negociación del método en el ejercicio de la sexualidad, quizá resultado de una mayor apropiación de los DSR.

Cuadro 9
Toma de decisión sobre el método a utilizar.

Quién decide sobre el método anticonceptivo que utilizarán	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tú	12	15.0	9	11.8	21	13.5
Tu pareja	1	1.3	1	1.3	2	1.3
Ambos	66	82.5	66	86.8	132	84.6
Médico	1	1.3	0	0.0	1	0.6

Fuente: Elaboración propia.

Con relación al espacio en donde atienden los universitarios sus necesidades en SSyR, el cuadro 10 muestra diferencias estadísticamente significativas, a lo que refiere a la farmacia, con un porcentaje muy similar al de los centros de salud de manera que refleja la falta de identificación de las necesidades de la juventud, ya que no hay un acercamiento a sus diversas necesidades. Se observa que el mayor porcentaje de universitarios no tienen necesidad de atenderse, 80% mujeres y 88% hombres, mientras que el 34.4% de las mujeres y el 34.6% de los hombres las atiende en servicios médicos privados. Esto deja ver que la mayoría de los universitarios no atiende sus necesidades en SSyR, situación que refleja la problemática que permea a los jóvenes en general,

no sólo a los universitarios, y que da como resultados embarazos no deseados, contagios de ITS, riesgo de muerte materna por abortos mal manejados, estas situaciones impulsadas por grandes deficiencias dentro de las políticas Estatales que siguen sin impactar a fondo las necesidades de los jóvenes.

Cuadro 10
Lugar dónde los encuestados atienden sus necesidades en SSyR

¿Dónde atiendes tus necesidades sobre salud sexual y reproductiva?	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Farmacia $p < 0,05$	23	25.6	43	55.1	66	39.3
Centro de salud	31	34.4	31	39.7	62	36.9
Clínica más cercana	12	13.3	19	24.4	31	18.5
Médico privado	31	34.4	27	34.6	58	34.5
Algún familiar	8	8.9	2	2.6	10	6.0
Nunca has tenido la necesidad	72	80.0	69	88.5	141	83.9

Fuente: Elaboración propia.

Para los universitarios, los métodos anticonceptivos son “muy accesibles”, el 80% de las mujeres y 78.2% de los hombres así lo consideran, lo que posibilita una mayor cuidado en su SSyR, como se observa en el siguiente cuadro 11.

Cuadro11
Accesibilidad económica a los métodos anticonceptivos

En términos económicos los métodos anticonceptivos son	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nada accesible	0	0.0	1	1.3	1	1.6
Poco accesibles	18	20.0	16	20.5	34	20.2
Muy accesibles	72	80.0	61	78.2	133	79.2

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al inicio de la vida sexual, en el cuadro 12 se observa que tanto hombres como mujeres la iniciaron alrededor de los 17 años, teniendo una dispersión similar con relación a la edad: en el caso de las mujeres 2.5 años, es decir la iniciaron entre los 14.5 y 19.5 años, y los hombres entre los 15.7 y 18.7 años.

Cuadro12
Edad de inicio de la vida sexual activa

Sexo	N		Media	Desviación tip.
Edad de la primera relación sexual	mujer	58	17.2	2.421
	hombre	64	16.66	1.775

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver en el cuadro 13, la escuela fue la principal fuente de información sobre SSyR (62%). La familia y los amigos son, para las mujeres, con quienes más se obtiene información sobre el tema, mientras que los hombres tienden a informarse mediante revistas para varones, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 13
Fuente de información sobre SSyR

Fuentes de información sobre SSyR	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Familia	55	61.1	48	63.2	103	62.0
Escuela	73	81.1	63	80.8	136	81.0
Amigo/as	46	52.3	35	45.5	81	49.1
Revista para mujeres	16	17.8	8	10.3	24	14.3
Revista para hombres p<0,05	8	8.9	22	28.2	30	17.9
Películas eróticas y pornográficas	10	11.1	15	19.2	25	14.9
Radio y televisión	40	44.4	31	39.7	71	42.3
Internet	3	3.3	11	14.1	14	8.3

Fuente: Elaboración propia

Los resultados del cuadro 14 muestran los porcentajes del conocimiento de métodos anticonceptivos por sexo, los más conocidos son el condón masculino, las pastillas y el condón femenino, no habiendo diferencias considerables por sexo. De este dato se podría inferir que un buen porcentaje de los encuestados tenía conocimiento de su existencia para el ejercicio de su sexualidad, lo que podría disminuir riesgos y aumentar la apropiación de su propio cuerpo y poder decidir en qué momento tener un embarazo. Sin dejar de considerar que la literatura refiere que el conocimiento de ciertos métodos no asegura las prácticas, lo que lleva a repensar las formas de intervención que les genere mayor sentido de responsabilidad hacia sus propios cuerpos.

Cuadro 14
Conocimiento de métodos anticonceptivos por sexo

Métodos anticonceptivos que conozcas	Mujer		Hombre		total	
	N	%	N	%	N	%
Condón masculino	88	97.8	75	97.4	163	97.6
Condón femenino	70	77.7	62	80.5	132	79.0
Ritmo	38	42.2	41	53.9	79	47.6
Pastillas	82	91.1	71	92.2	153	91.6
Retiro	47	52.8	57	74.0	104	62.7
Implante	32	35.6	22	28.6	54	32.3
Inyecciones	50	55.6	39	50.6	89	53.3
Anillo vaginal	27	30.0	31	40.3	58	34.7
DIU	49	54.4	42	54.5	91	54.5
Nunca he usado anticonceptivos	10	11.1	17	22.2	27	16.2

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los universitarios desconocen los servicios que la universidad brinda sobre SSyR, el cuadro 15 muestra que 83.5% de las mujeres y el 85.7% de los hombres no saben de estos servicios, lo que expone una falta de acciones y difusión por parte de la universidad hacia la promoción de los DSR al interior de su comunidad.

Cuadro 15
Conocimiento sobre servicios en SSyR de la universidad

Sabes si la universidad brinda servicio en S.S.R.	Mujer		Hombre		total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	14	16.5	11	14.3	25	15.4
No	71	83.5	66	85.7	137	84.6

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 16 se muestra que hay situaciones de violencia que los universitarios siguen aceptando de forma naturalizada al no considerar como tal conductas como prohibir que sus parejas visiten a ciertas personas: el 64,4% de mujeres y el 56.4% de los hombres consideró que no era violencia. Lo mismo sucede con la prohibición de usar cierto tipo de ropa, el 70.0% de las mujeres y 51.1% de los hombres no lo consideran violencia, lo que manifiesta la falta de claridad sobre las conductas en que se expresa la violencia, aún en niveles universitarios donde podría suponerse que este fenómeno no fuese tan grave, los datos son estadísticamente significativos.

Cuadro 16
Situaciones consideradas violencia sexual

Situaciones que consideres violencia sexual		Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Poder decidir sobre mi sexualidad	No	84	93.3	67	85.9	151	89.9
	Sí	6	11	11	14.1	17	10.1
Aborto forzado	No	22	24.1	19	24.7	41	24.6
	Sí	68	75.6	58	75.6	126	75.4
Tener relaciones sexuales por obligación	No	11	12.2	8	10.3	19	11.3
	Sí	79	87.8	70	89.7	149	88.7
Realizar favores sexuales en el trabajo o en la escuela	No	21	23.3	18	23.1	39	23.2
	Sí	69	76.7	60	76.9	129	76.8
Negar la posibilidad de interrumpir un embarazo	No	40	44.4	31	40.3	71	42.5
	Sí	50	55.6	46	59.7	96	57.5
Prohibir visitar a ciertas personas p<0,05	No	58	64.4	44	56.4	102	60.7
	Sí	32	35.6	34	43.6	66	39.3

Trata de personas	No	29	32.2	26	33.8	55	32.9
	Sí	61	67.8	51	66.2	112	67.1
Prohibir que uses cierto tipo de ropa	No	63	70.0	40	51.3	103	61.3
	Sí	27	30.0	38	48.7	65	38.7
Transmisión deliberada de ITS	No	50	55.6	52	66.7	102	60.7
	Sí	40	44.4	26	33.3	66	39.3

Fuente: Elaboración propia

El cuadro 17 expone con qué mecanismos consideran los universitarios que se “cumplen” sus DSR. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la opción del conocimiento del propio cuerpo y la toma de decisiones sobre el mismo, donde hay un mayor porcentaje del reconocimiento del cumplimiento de DSR por ambos sexos. Lo que pudiera reflejar que hay una mayor sensibilidad sobre las inequidades de género, lo que es el reflejo del cuestionamiento histórico que se ha realizado por el feminismo sobre el reconocimiento y apropiación del cuerpo de las mujeres y sobre la crítica al androcentrismo (Figueroa, 2002) que se ha hecho y que en muchos de los hombres se ha ido desarraigando.

Cuadro 17
Mecanismos mediante los cuales se da cumplimiento a los DSR de los jóvenes

Los derechos sexuales y reproductivos se cumplen mediante		Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
La existencia de leyes formales y/o infraestructura de servicios $p < 0,05$	No	57	63.3	33	42.2	90	53.3
	Sí	33	36.7	45	57.7	78	46.4
La falta de una educación sexual acorde a las necesidades de la	No	75	83.3	53	67.9	128	76.2
	Sí	15	16.7	25	32.1	40	23.8

población							
El conocimiento del propio cuerpo y la toma de necesidades sobre el mismo	No	23	25.6	25	32.1	48	28.9
	Sí	67	74.4	53	67.9	120	71.4
No acceder a métodos de anticoncepción y prevención de ITS	No	70	77.8	64	82.1	134	79.8
	Sí	20	22.2	14	17.9	34	20.2
El conocimiento de las políticas públicas sobre sexualidad	No	51	56.7	41	52.6	92	54.8
	Sí	39	43.3	37	47.4	76	45.2
La exigencia y demandas ciudadana	No	61	67.8	60	76.9	121	72.0
	Sí	29	32.2	18	23.1	47	28.0

Fuente: Elaboración propia

De manera general, al observar el cuadro 18 se puede decir que los universitarios conocen lo que implica ejercer su salud sexual, cabe señalar que tanto hombres y mujeres muestran una mayor apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Cuadro 18
Asociaciones entre la salud sexual y la reproducción

Para los jóvenes de tu edad la SSyR, se vincula con		Mujer		Hombre		Total	
		N	%	n	%	n	%
La posibilidad de procrear	No	80	88.9	56	71.8	136	81.0
	Sí	10	11.1	22	28.2	32	19.0
El disfrute pleno y placentero de la sexualidad	No	32	35.6	21	26.9	53	31.5
	Sí	58	64.4	57	73.1	115	68.5
Respeto mutuo de las relaciones interpersonales	No	37	41.1	43	55.1	80	47.6
	Sí	53	58.9	35	44.9	88	52.4
Acceso a métodos de	No	42	46.7	29	37.7	71	42.5

prevención de embarazo	Sí	48	53.3	48	62.3	96	57,5
Tener acceso a servicios médicos	No	51	56.7	36	46.2	87	51.8
	Sí	39	43.3	42	53.8	81	48.2
La sexualidad no sólo como reproducción	No	35	38.9	27	34.6	62	36.9
	Sí	55	61.1	51	65.4	106	63.1

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 19 se puede observar que en todas las frases que se relacionan con los DSR hay un porcentaje considerable que las reconoce; sin embargo, cabe destacar que en su mayoría siempre los porcentajes son mayores en las mujeres que en los hombres, lo que expone una mayor sensibilización, información y apropiación del cuerpo por parte de ellas, esto como reflejo histórico de la crítica al modelo patriarcal que se ha impuesto.

Cuadro 19
Asociación con frases de los DSR

Frases que consideres se relacionen con tus D.S.Y R	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Vivir libre de violencia sexual	69	76.7	60	76.9	129	76.8
Restringir mi disfrute y deseo sexual	10	11.1	11	14.1	21	12.5
Decidir sobre mi cuerpo y sexualidad	77	86.5	65	83.3	142	85.0
Expresar de forma no pública mis afectos	9	10.0	13	16.7	22	13.1
Tener libertad de reproducción	49	55.1	45	57.1	94	56.3
Respeto a mi intimidad y vida privada	72	80.9	54	69.2	126	75.4
Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva	77	85.6	51	71.8	133	79.2

Fuente: Elaboración propia.

Correlaciones

Dentro del análisis de correlaciones entre los métodos que conocen y los que saben utilizar los universitarios, el cuadro 20 muestra resultados estadísticamente significativos. Con relación al condón femenino el 75.4% de los encuestados sí lo conoce, pero no lo sabe usar, en comparación al ritmo, el 87.3% lo conocen y lo saben utilizar, los datos son estadísticamente significativos. Las pastillas las conocen y sí las saben utilizar en un 96.1%, mientras que el retiro lo conocen y lo saben utilizar un 89.1%. Los altos porcentajes de saber y conocer cómo se usa el ritmo y el retiro sugieren un acercamiento a situaciones de riesgo.

Por lo que se podría comentar que el ser universitario no posibilita tener mayor protección. Estos datos se conjugan con lo ya expuesto donde se muestra una reproducción de estereotipos de género en mayor medida por los varones.

Cuadro 20
Relación métodos anticonceptivos que los encuestados conocen y saben usar

Métodos anticonceptivos que conocen	Condón femenino		
		No%	Sí %
Métodos anticonceptivos que sepa utilizar condón (femenino) p<0,05	No	24.6	75.4
	Sí	3.4	96.6
	Ritmo		
		No %	Sí %
Métodos anticonceptivos que sepa utilizar(ritmo) p<0,05	No	72.6	27.4
	Sí	12.7.4	87.3
	Pastillas		

		No %	Sí %
Métodos anticonceptivos que sepa utilizar (pastillas)	No	11.8	88.2
	Sí	3.9	96.1
	Retiro		
		No %	Sí %
Métodos anticonceptivos que sepa utilizar (retiro) $p < 0,05$	No	60.0	40.0
	Sí	10.9	89.1

Fuente: Elaboración propia

Las siguientes correlaciones se dieron entre el conocimiento del uso de métodos anticonceptivos y las formas de protegerse de ITS, dando como resultado que el 98% de los universitarios conocen y saben usar el condón masculino, y que el 97.7% dice usarlo para protegerse de una ITS. Lo que reafirma que el condón es el método de prevención más usado entre los universitarios.

También se expone que el hecho de conocerlo no implica saber su uso adecuadamente, ya que con relación al ritmo, retiro y pastillas se encontraron porcentajes considerables de universitarios que los usan para prevenir contagios de ITS, mostrando los grandes vacíos con los que nos encontramos ante la educación sexual. El cuadro 21 muestra que los resultados son estadísticamente significativos y dan cuenta del bajo uso del condón femenino como protección para prevenir ITS.

Cuadro 21
Relación métodos de prevención de ITS que conocen y saben usar

Métodos anticonceptivos que conocen	Condón masculino		
		No%	Sí %
Como te proteges de las ITS (condón masculino)	No	4.3	95.7
	Sí	2.4	97.7
	Condón femenino		
		No	Sí
Como te proteges de las ITS (Condón femenino) $p < 0,05$	No	26.3	73.7
	Sí	2.8	26.3
	Ritmo		
		No	Sí
Como te proteges de las ITS (ritmo)	No	53.1	46.1
	Sí	50.0	50.0
	Pastillas		
		No	Sí
Como te proteges de las ITS (pastillas)	No	94.1	90.6
	Sí	11.1	88.9
	Retiro		
		No %	Sí
Como te proteges de las ITS (retiro)	No	37.9	62.1
	Sí	42.9	57.1

Fuente: Elaboración propia

Análisis y Discusión

Cabe mencionar que los resultados expuestos representan un primer acercamiento descriptivo de la población universitaria de primer ingreso, adicionalmente se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, dejando claro que entre los estudiantes pertenecientes al Tronco divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud (TDCBS), por ejemplo,

mujeres y hombres iniciaron su vida sexual alrededor de los 17 años, pero el 65.8% de los varones eran sexualmente activos en comparación al 47.2% de ellas, situación que puede explicarse por los mandatos sociales que se construyen en la masculinidad hegemónica, tales como el atributo de conquistador y el ser viril, exigencias culturales que pueden tener una influencia determinante en que ellos inicien su vida sexual activa antes que ellas. De Keijzer (1997:154) menciona que:

“en la adolescencia, la masculinidad hegemónica adquiere su expresión más remarcada, y en ocasiones grave, de lo que significa ser hombre, ya que reafirma que dejaron atrás la niñez y que no son 'débiles' como supuestamente lo son las mujeres”.

Esto se relaciona con el modo en que el hombre percibe su cuerpo y su comportamiento, al mismo tiempo que lo “expone” a situaciones de riesgo para la salud.

Lo anterior puede considerarse como un proceso que repercute en la falta del pleno ejercicio de los DSR, ya que al asumir estos mandatos sociales de la masculinidad y feminidad se está limitando la libertad de elección y hay un mayor acercamiento a comportamientos de riesgo donde se posibilitan, por ejemplo, embarazos no deseados, violencia en el noviazgo e ITS. Para intentar aclarar lo que implica ser varón es necesario considerar lo que Viveros (1998:65) discierne sobre dicha construcción, donde la masculinidad no se debe entender como el:

“conjunto de normas que se imponen desde fuera en un determinado periodo de la vida, sino como una dinámica que se construye permanentemente a través de la interacción social y la experiencia individual”

Es decir, a través del individuo como agente constructor, social y culturalmente inscrito.

La discusión anterior se sustenta con los datos de este estudio, el 6.3% de las mujeres encuestadas tuvo su primera relación sexual con un amigo o conocido, en contraste con el 16.7% de los hombres quienes sólo el 18.2% la tuvieron con una amiga o conocida. Lo anterior reafirma el planteamiento donde para ellas el imperativo cultural que les autoriza socialmente el ejercicio de su sexualidad es el compromiso e involucramiento afectivo, mientras que para ellos la sexualidad es un ámbito de experimentación y reafirmación de su masculinidad. Junto con las conquistas sexuales que realizan los hombres, el físico abusivo de éstos constituye para hombres y mujeres por igual la esencia del machismo (Gutmann, 2000).

Este hecho impone un desencuentro entre varones y mujeres con importantes riesgos para la SSyR, ya que las expectativas con que varones y mujeres acuden al inicio de su vida sexual son completamente diferentes, los primeros buscan experimentar y un compromiso afectivo (amistad o noviazgo) no

resulta indispensable, mientras que las mujeres, para dar cumplimiento al mandato social, pueden estar considerando que para iniciar su vida sexual activa debe haber vínculos afectivos (Granados, Jiménez y Valadez, 2016).

La reproducción de estos estereotipos de género parece inevitable ya que se sostiene en los *habitus* como un sistema de categorías de percepción, pensamiento y acción (Bourdieu, 2000).

Otro resultado importante de resaltar fue que el 12.5% de las mujeres encuestadas había tenido relaciones a lo largo de su vida con amantes en comparación con el 31.4% de los hombres, esta diferencia es expresión de la inequidad que prevalece en la cultura dominante del género y muy posiblemente de la dualidad moral que caracteriza a las sociedades androcéntricas, en las que, mientras que un mismo atributo para el hombre es considerado virtud, en las mujeres es considerado defecto y es objeto de sanción social. Gutman, (1998) subraya la importancia central y general de las relaciones masculino - femenino, de tal manera que la masculinidad es cualquier cosa que no sean las mujeres. Dando cuenta del orden patriarcal que permea las relaciones de género que son inherentemente históricas y cuya construcción y reconstrucción es un proceso político que afecta el balance de intereses en la sociedad y la dirección del cambio (Connell, 1995).

Este dinamismo social muestra la sexualidad como una dimensión de la vida humana donde se despliegan los estereotipos y roles de género socialmente

asignados en forma de exigencias y expectativas sociales, los mandatos sociales de masculinidad impone expresar en sus relaciones sociales (incluyendo las sexuales) el cumplimiento de las demandas de éxito, dominación y experimentación, entre otros atributos, de tal manera que en los varones, mientras más relaciones sexuales se tengan, así como parejas con las que se experimente y tenga bajo su control cada práctica, más se reafirma su masculinidad y pone en mayor riesgo su salud, limitándolos del ejercicio de sus derechos sexuales, como el ejercer la sexualidad sin fines reproductivos o estar libre de contraer una ITS.

Mientras tanto, las mujeres serían sancionadas si tuvieran la conducta valorada positivamente en los varones. Es importante señalar que la construcción de la masculinidad no trata sólo de la generación de representaciones y prácticas, sino como lo argumenta De Keijzer (2003:48), de una serie de presiones y límites en ciertas manifestaciones de la emotividad, sobre todo relativas al miedo, la tristeza y, frecuentemente, hasta la ternura.

Esta fragmentación de los varones entre lo emocional y lo racional es parte de la construcción social dominante de género, se inculca en los primeros años de la vida y se desarrolla durante la infancia con marcadas diferencias, mostrándose de manera más clara y diversificada por sus consecuencias en la adolescencia como en embarazos no deseados, accidentes y suicidios, por ejemplo, (De Keijzer, 2001). En el caso de las mujeres es a la inversa, lo vinculado al compromiso, a las emociones, a la afectividad, es lo que contiene más carga social para ellas, de manera que cuando expresan sus deseos sexuales se les

estigmatiza de forma negativa, esto debido a la transgresión de lo establecido desde lo dominante, por lo que hay una señalización peyorativa hacia su persona. Esto sustentando en una visión androcéntrica del mundo. De esta manera se asignan una serie de roles y estereotipos sociales diferenciados para hombres y mujeres (Figueroa, 2005).

Como se observó entre las personas encuestadas, el condón masculino, las pastillas y el condón femenino, fueron los métodos que más conocen los universitarios, siendo las mujeres quienes tienen mayor conocimiento, también son quienes más los saben usar, lo que sugiere una mayor y mejor información para decidir sobre su propio cuerpo, pero también se puede señalar un mayor cuidado en su salud, al contrario de los varones que, como lo señala De Keijzer (2005), son quienes demuestran una mayor falta de auto cuidado, teniendo costos significativos en su propia salud. Un elemento adicional, con relación a la sexualidad masculina, es que se aprende a vivirla sin necesidad de afrontar sus consecuencias (Figueroa, 2005). Lo anterior se ve fortalecido con las dificultades que tienen los varones de verbalizar sus necesidades de salud: en general, no hablan de sus problemas de salud porque constituiría una demostración de debilidad frente a otros y otras (Figueroa, 2007). Esto sin dejar de señalar que la falta de conocimiento de los universitarios es la consecuencia de una mala intervención en educación sexual. Ello denota una feminización de la noción de cuidado de la salud. Esto se expone en investigaciones realizadas por Figueroa (2007) y De Keijzer (2005).

Con relación a las formas de protección de ITS, el condón masculino y femenino son los más mencionados, sin embargo, en la pregunta sobre métodos de protección, en siete opciones de respuesta se obtuvieron porcentajes que no corresponden a la respuesta correcta lo que manifiesta una falta de conocimiento respecto a métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, lo que deja claro la falta de una educación sexual desde niveles de educación básica. De forma que tanto la escuela como los servicios de salud están dejando grandes vacíos por atender, sobre todo en el universo de los jóvenes.

Hay que puntualizar la importancia de la enseñanza recibida en las escuelas y en los centros de salud, tomando en cuenta elementos como la información con que cuentan maestros y médicos, las estrategias pedagógicas para la transmisión de la información, así como los contenidos de los materiales.

Con relación a los servicios de salud es indispensable difundir conocimientos sobre derechos en salud sexual y reproductiva, con una visión que contrarreste el enfoque de la sexualidad como forma de reproducción; debe subsanarse la falta de acercamiento a las necesidades de los jóvenes, pues son limitantes para posibilitar el pleno ejercicio de su SSyR desde situaciones tan necesarias y primordiales como una información clara y oportuna a las diversas necesidades. La brecha entre los servicios de salud y las necesidades en salud de los jóvenes lleva a los estudiantes y adolescentes a obtener información de lugares inapropiados, como el grupo de pares, medios de comunicación o

farmacias (Juárez y Gallet, 2005) en los que no se garantiza el carácter desprejuiciado y científico que debe tener la información.

Los resultados de este trabajo fortalecen la idea de que es necesario promover el uso en conjunto de condón y métodos de control de fecundidad en adolescentes y jóvenes para evitar embarazos no deseados o la adquisición de ITS, esto debe considerar la promoción y desarrollo tanto de métodos anticonceptivos como de protección de ITS para varones y para mujeres. Asimismo, la consejería sobre anticoncepción debe tener lugar en varios momentos. Dichas tareas deben estar presentes de manera particular en estudiantes que ya tengan la experiencia de maternidad o paternidad o con o sin pareja estable.

Es relevante hacer mención que en la literatura revisada no se encontraron estudios que muestren la confusión sobre métodos de prevención de ITS y con los de anticoncepción, se enfocan al uso del condón o conocimiento de métodos de prevención de embarazo, situación que puede dejar a los adolescentes y jóvenes, universitarios o no, en vulnerabilidad ante el contagio de una ITS.

La enfermedad es una condición susceptible de ser un atributo de estigmatización de las personas. Cuando un grupo representa un riesgo, desaparecen las propiedades que lo caracterizan y pasa a ser definido como el mismo riesgo (Figuroa, 2007). En el horizonte del riesgo no existen personas buenas o malas, sino personas que generan un mayor o menor riesgo (Olavarría,

2008). De esto la importancia de mirar la construcción de estereotipos de género como uno de los puntos a impactar desde la vinculación de la escuela y los centro de salud. Estos tipos ideales de masculinidades y feminidades se insertan dentro de modelos considerados como hegemónicos a partir del contexto socioeconómico, cultural e histórico que posibilitan la construcción que se reproduce socialmente (Olavarría, 2001).

Al preguntar con relación a la toma de decisiones sobre el método anticonceptivo a utilizar, se podría suponer que hay cambios importantes, ya que en ambos sexos es la respuesta más elevada. Lo que sugiere una buena comunicación para negociar con la pareja en la esfera de las prácticas sexuales. Así como mayor apropiación de sus cuerpos, ya que deciden sobre qué tipo de relación quieren llevar, tener o no relaciones sexuales, usar o no métodos de protección, embarazarse o no, lo que implica mayor control de su vida.

También se visualiza cómo se mueven los estereotipos de género, donde se esperaría que los hombres considerarán no usar ningún método de protección o imponer su decisión, y en el caso de las mujeres reprimir sus deseos (Trujillo, Henao, González, 2007).

De acuerdo a nuestros resultados, podemos decir que el 80% de los universitarios nunca han percibido la necesidad de atenderse con relación a su SSyR. Los hombres acuden en mayor porcentaje 55.1% a la farmacia ante alguna necesidad, reiterando así su falta de auto cuidado y la no expresión de debilidad o

carencia que los haría recurrir a los servicios médicos, esto refuerza a la par la idea de fortaleza física, lo que hace que las vidas de los varones estén marcadas por la permanente búsqueda del control de sí mismos y de los demás, lo que favorece la apropiación de hábitos de vida pocos saludables (Bonino, 2001). Este tipo de actitudes se reproducen por las mujeres ante la fuerza del orden androcéntrico que permea todos los espacios sociales, como los servicios de salud donde es natural la ausencia de los varones.

Se cuantificaron también las principales fuentes de información de los universitarios, dando como resultado que la escuela, la familia y los amigos tienen un gran peso en el proceso informativo, sugiriendo que dentro de la relación de iguales es donde se logra una mayor confianza para los dos sexos. Sin embargo, en los hombres se encontró un mayor porcentaje que utilizó además como fuente de información las revistas para varones, siendo estadísticamente significativa dicha diferencia, lo que los lleva a reafirmar que las instituciones, tanto educativas como de salud, no han logrado acercarse a las diversas necesidades de ellos, ya que al ser universitarios no reconocen las acciones institucionales realizadas con relación a la SSR.

Si a esto se suman los elementos de la masculinidad dominante donde se promueve la misoginia, la homofobia, el analfabetismo emocional, el machismo, sexismo, etc. los cuales son parte de la base que la mantienen o podrían propiciar su desmantelamiento.

Por lo anterior, se considera prudente hacer referencia a lo que Amuchástegui (2001:107) sugiere con respecto a considerar al género como una:

“construcción cultural donde se encuentra una riqueza de significados y prácticas que no se agrupan de manera ‘natural’ ni necesariamente bajo una identidad unitaria”.

Por lo que se puede hablar de las masculinidades o feminidades como una aceptación a la diversidad del ser hombre o mujer.

Resultó relevante encontrar que la mayor parte de los universitarios (84.6%) no tiene conocimiento de los servicios que ofrece la universidad en SSyR. Cabe destacar que la escuela es considerada una de las principales fuentes de información y promoción de DSR, lo que refleja que la sexualidad se sigue concibiendo desde el modelo médico hegemónico con una mirada biologicista, donde se borra el entorno sociocultural y se niega la trascendencia del momento histórico (Salinas, 2007:184) en el que los jóvenes transforman el sentido de normalidad de sus problemáticas en SSyR.

La escuela resultó ser en este trabajo una de las principales fuentes de información sobre SSyR, que al no tener acciones claras y contundentes su presencia entre la población universitaria se difumina, lo que habla del distanciamiento ante las necesidades de su población. Hay que repensar la universidad desde los universitarios y realizar acciones conjuntas con los servicios

de salud, herramienta fundamental para la prevención de embarazos e ITS en los jóvenes, por lo que se sugiere promover la formación de recursos humanos en salud integral a través de equipos multidisciplinarios (Zavala, 2015).

De forma que la universidad debe integrar un enfoque de género y derechos sexuales que le permita la atención de su población estudiantil. Priorizando abatir el prejuicio y la incomodidad que pueden sentir al hablar de estos temas. Así como reforzar la idea de que el ejercicio de la sexualidad no es con fines reproductivos, y que el uso y provisión de anticonceptivos debe hacerse con fines no sólo de prevención de embarazo sino también de ITS.

Otro aspecto importante a reflexionar es la naturalización de la violencia estructural y sus expresiones en las relaciones de pareja, ya que los universitarios encuestados no consideraron como formas de violencia prohibir a sus parejas visitar a ciertas personas (el 56.4% de los hombres y el 64.4% de las mujeres se encuentran en esta situación), lo mismo sucede con prohibir usar cierto tipo de ropa (el 70% de las mujeres y el 51.3% de los hombres no lo consideran violencia), lo que deja claro la falta de sensibilidad hacia situaciones de dominio, control y muestra la naturalización de formas violentas e inequitativas, que son una limitante para ejercer el derecho a la libertad de decisión sobre la propia persona.

La percepción de que las situaciones mencionadas anteriormente aparezcan como una práctica no reconocida o quizá negada entre la comunidad

estudiantil refleja lo sutil que puede ser la violencia, sobre todo la simbólica aquella que se ejerce con el consentimiento de la víctima y que se trata de una práctica presente en las relaciones de noviazgo, que manifiestan la idea de los celos como una expresión de amor (Zavala, 2015).

Bourdieu (2001) menciona que en el origen de las disposiciones que tornan natural al orden de las cosas no existe más que la arbitrariedad de una “violencia inaugural”. Es una forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos y de un modo que parece mágico, al margen de cualquier coerción física, pero sólo funciona si se apoya en disposiciones previamente constituidas.

Por tanto la identidad de género es un proceso generado activamente, remodelado y mantenido por redes de relaciones de poder creadas social e históricamente (Connell 1995, 1987) y socializado mediante prácticas que pueden ser violentas.

Al preguntar a la población encuestada sobre frases donde se cumplen sus DSR, la mitad los desconoce y el resto no los identifica con claridad. Por lo que es necesario promover una cultura de la prevención, reconociendo nuevos significados y prácticas en la vida sexual de las " los jóvenes, quienes refieren que para tener una sexualidad sin riesgos hace falta información y educación sexual, poniendo en cuestión de nuevo la necesidad de una educación desde niveles básicos que incluya elementos para el conocimiento y apropiación de los DSR,

que permitan hablar sobre la sexualidad como parte integrante de todos los hombres y las mujeres durante los diferentes momentos de su vida.

Es relevante señalar que las mujeres esbozaron mayor conocimiento sobre la apropiación del cuerpo, considerando esto por el proceso de reconocimiento de sus derechos, lo que ha subrayado el feminismo cuestionando el orden patriarcal y androcentrista entendiéndolo como lo expresa Lagarde (2001) como uno de los espacios históricos del poder masculino que se encuentra en las más diversas formaciones sociales políticas, económicas y sexuales basadas en diferentes instituciones, donde los varones, de forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres como sujetos individuales y como grupo social, apropiándose de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos, a través de métodos pacíficos o mediante el uso de la violencia.

Es interesante mencionar que en la opción conocimiento en políticas públicas sobre sexualidad se obtuvieron mínimas diferencias entre los sexos, lo que podría estar indicando un mayor ejercicio de su ciudadanía y un mayor involucramiento ante las demandas ciudadanas, en este caso se obtuvo un mayor porcentaje en las mujeres, quienes han estado cuestionando históricamente una serie de inequidades del orden androcentrista que ha tratado de invisibilizarlas.

Es importante resaltar que el hecho de que los universitarios tengan conocimiento de políticas públicas en SSR no implica que éstas tengan un impacto positivo en su salud, ya que para propiciar acciones contundentes en los

adolescentes y jóvenes deben basarse en el marco del respeto a sus derechos ser reconocidos como seres con autonomía, capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar. Para esto requieren información y habilidades que les permitan apropiarse de sus derechos para demandar una educación sexual sin prejuicios y acceso a servicios de salud de calidad en un clima de privacidad y confidencialidad. Un marco de respeto a los derechos supone que sus necesidades sean consideradas por encima de otras figuras de autoridad, como maestros, proveedores de servicios de salud e incluso los propios padres; esto les permitirá ejercer su sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable. Adicionalmente, se debe enfáticamente incluir a los varones en las estrategias de SSyR involucrándolos en su corresponsabilidad (Paramo, 2011).

Se considera relevante una agenda de política integral y organizada de acuerdo con las prioridades y necesidades de los adolescentes y jóvenes, donde se considere el trabajo con la masculinidad, esto en paralelo con las acciones que se siguen impulsando desde los diferentes organizaciones en busca de la equidad de género, lo cual se ha ido realizando desde la contextualización de las diversas problemáticas y en coordinación eficiente de los diferentes organismos responsables del desarrollo y salud de esta población.

Es relevante que las instancias gubernamentales sigan acompañándose del conocimiento y activismo de las organizaciones no gubernamentales (ONG) de la experiencia de las agencias internacionales, ya que éstas poseen una larga trayectoria, y muchas de las políticas de SSyR que en las últimas décadas se

implementaron han sido posibles gracias a su insistente labor; entre otras, la inclusión de la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar, la Declaratoria Ministerial «Prevenir con educación» y la despenalización del aborto en la Ciudad de México.

Con relación a frases relativas a los DSR, un porcentaje considerable de encuestados las reconoció, sin embargo cabe destacar que las mujeres demostraron un mayor conocimiento de sus DSR, lo que se puede vincular con las fuentes de información a las que cada sexo tiene acceso, situación que implica un mayor desconocimiento de sus DSR y una más baja educación sexual en los hombres. Esto puede estar influido por la gran carga simbólica que se les destina a los varones en sus diferentes contextos, ya que trata de cumplir con una serie de estereotipos demandados desde la sociedad, Figueroa (2007) señala que existe una presión de pares y de la colectividad para cumplir el estándar, lo que provoca que se mueran por ser hombres, tratando de alcanzar cierto modelo de la masculinidad, en donde la falta de auto cuidado es una característica común.

Es necesario seguir señalando a los estereotipos de masculinidad dominante como una forma limitante para el ejercicio de la sexualidad, ya que existen grandes vacíos que obstaculizan el poder hacerse responsables de sus actos, a lo que habría que agregar la forma en que los servicios de salud refuerzan los mandatos sociales de género mediante la calidad de la atención que reciben, el tipo de métodos anticonceptivos que se recomiendan, y la visión biologicista que

imperan en el ejercicio de la sexualidad, elementos que influyen en la toma de decisiones ante la apropiación de los DSR.

Por lo que se puede decir que los resultados expusieron obstáculos y cambios en el ejercicio de la SSyR de los jóvenes, y mostraron el hueco entre la política y la práctica, lo cual contribuye a impedir el uso de condón y a la confusión entre métodos de anticoncepción y de prevención de ITS entre la población estudiantil. Se habla poco de sexualidad, y cuando se hace, en específico en ámbitos escolares, se enfatiza su relación con la reproducción y se excluye el placer. Como consecuencia, el único tipo del que se habla a los jóvenes es el heterosexual, evitando el discurso sobre otras prácticas y orientaciones sexuales diferentes. Los datos expuestos son un primer acercamiento que nos permite ver avances y limitantes dentro del ejercicio de la sexualidad del universo de los universitarios en particular.

Conclusiones

La universidad debiera mirar con más atención las problemáticas de sus estudiantes, considerarlos insertos en sus propias dinámicas de socialización pero enfrentando problemáticas diversas derivadas de sus contextos, los cuales van definiendo las posibilidades para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Estas consideraciones apuntan a la necesidad de desarrollar programas específicos o ajustar las políticas internas de la universidad, es posible que se impartan actividades institucionales con perspectiva de género, pero no se

logra el impacto esperado, ya que no se conecta con las necesidades de los estudiantes. Se hacen indispensables acciones eficientes de sensibilización y educación sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva. Así como proveer de servicios médicos que dispongan de una atención mínima, como provisión de condones masculinos y femeninos o aplicación de otro tipo de métodos, la realización de pruebas de detección de VIH o de embarazo canalización y apoyo ante la decisión de un aborto por mencionar algunas.

Los resultados de esta investigación también permitieron identificar algunas deficiencias en las políticas públicas dirigidas a la SSyR de los jóvenes, pues están incurriendo en una de falta de inclusión del conocimiento de las necesidades sentidas de la población estudiada, así como un vacío con respecto a una educación en SSyR eficiente, esto les dificulta el ejercicio de sus derechos, como decidir tener o no hijos y cuándo tenerlos. Reflejándose esto en el aumento de embarazos no deseados y el contagio de ITS. Sin estas acciones parecieran ir en consonancia con las limitantes del Estado mediante las cuales los jóvenes no pueden acceder a un pleno ejercicio de su sexualidad sin riesgos.

Se requiere favorecer el vínculo de la comunidad con la escuela, los centros de salud y otras instancias, esto debe quedar establecido como una corresponsabilidad y como un acuerdo susceptible de ser monitoreado; de hacerlo así se podría garantizar que, además de permitir el contacto temprano entre centros de salud, escuelas y jóvenes y adolescentes, un mayor número de éstos

se expongan a información veraz y oportuna que vaya más allá de la planificación familiar.

A partir de lo presentado se ha podido mostrar que uno de los retos de mayor relevancia es enfocar la atención a las necesidades no satisfechas de los estudiantes universitarios con relación a la SSyR con base en la comprensión de los procesos de exclusión social donde los jóvenes se encuentran considerados sólo en la retórica institucional. Por tanto, queda como reto coadyuvar a hacer visible la SSyR, incorporando la perspectiva de género para hacer conscientes los mandatos culturales que establecen estereotipos limitantes para el ejercicio de sus DSR, como hombres y mujeres.

Desde la medicina social es necesario profundizar también en el significado y las consecuencias cotidianas de las relaciones de poder que a partir de dichos estereotipos se establecen y potencializan el conflicto en la toma de decisiones de las parejas en torno a tener o no relaciones o al uso del preservativos, entre otras, además de hacer visible a la pareja como una unidad compleja. Se vuelve fundamental incorporar la perspectiva de los determinantes sociales en las políticas dirigidas a impulsar un desarrollo saludable, por ejemplo, promover el acceso y permanencia en el sector educativo, el acceso a servicios de salud, favorecer la inserción de los jóvenes en empleos estables, entre otras estrategias para apoyar la definición de un proyecto de vida.

Se considera importante que la universidad se comprometa a transformar la disociación entre lo reproductivo y lo sexual y concebirlo como un elemento inherente al ser humano. Así como educar, a partir de proceso de formación e información, con fundamentos básicos como: la explicación integral biopsicosociocultural, la perspectiva de género, fundamento en los derechos humanos sexuales y reproductivos, la dimensión ética de la sexualidad, suscitar aprendizajes significativos y apoyarse en los medios de comunicación.

Es necesario incursionar en el uso de tecnologías y medios de comunicación para el diseño de estrategias de prevención novedosas. El uso de esos mecanismos pueden utilizarse para la promoción de comportamientos saludables y provisión de información útil basada en evidencia científica. El diseño e implementación de programas debe considerar la cotidianeidad de aquellos universitarios que se encuentran en constante contacto con estas tecnologías (internet, redes sociales y los medios de comunicación en general). La información y mensajes que se difundan deben ser consistentes con una visión de promoción de la salud sexual, así como comportamientos y valores positivos de y para los universitarios.

REFERENCIAS

- Amuchástegui, A. (2001) "La navaja de dos filos: una reflexión acerca de la investigación y el trabajo sobre hombres y masculinidades en México". *La ventana* núm. 14. pp.102-125.
- Amuchástegui A. y Rivas M. (2008) *Sexualidad derechos humanos y ciudadanía: diálogos sobre un proyecto en construcción*. Szasz y Salas (coordinadoras). El Colegio de México. México D.F.
- Amuchástegui, A. y Szasz, I. (2007) *Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. El Colegio de México, México D.F.
- Bonino, L. (2001) "Salud, varones y masculinidad". En *Voces de Hombres por la Igualdad. Jornadas sobre la condición masculina*. Ángel Lozoya y María Bedoya Compiladores. España. pp. 182-187.
- Bourdieu, P. (2000) *La dominación masculina*. Anagrama. Barcelona.
- Bourdieu, P. (1999) *Meditaciones Pascalianas*. Anagrama, Barcelona. pp. 224-225.
- Butler, J. (2001) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós, México.
- Butler, J. (2005) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós, México.

- Caro, R. (2015) *Sexualidad, salud sexual y salud reproductiva. Panorama nacional de los estudiantes heterosexuales de licenciatura en antropología*. México. (Tesis de posgrado) Escuela Nacional de Antropología e Historia México. antropologiafisica.org/pdf/ensayo_roberto.pdf
- Castoriadis, C. (1988) *Los Dominios del Hombre: Las Encrucijadas de Laberinto*. Gedisa, Barcelona.
- Cela, J. C. y Ayala, F. (2001) *Senderos de la evolución humana*. Alianza. Barcelona.
- Correa, S. (2001) "Salud reproductiva, Género y Sexualidad: legitimación y nuevas interrogantes en Sexualidad y Salud reproductiva". *Avances y retos para la investigación*. Stern C. y Figueroa G. Coordinadores. El Colegio de México. México D.F. pp. 88-112.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. University of California Press. Berkeley.
- Connell, R. (1997). "La organización social de la masculinidad". En: Valdés, T. y Olivarría J Coordinadores. *Masculinidad/es Poder y crisis*. Isis Internacional. FLACSO, Chile. pp 55-89
- Conferencia internacional de Población y Desarrollo en Cairo (1994).
- Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, (1995).
- Chávez, M. y Rodríguez, G. (2011) *Organizaciones civiles y gobierno: colaboración en programas de salud sexual y reproductiva de jóvenes*. Afluentes, México.

- De Garay, A. (2004) *Integración de los jóvenes en el sistema universitario*. Pomares, Barcelona – México.
- De Garay, A. (2008). *Jóvenes Universitarios en Latinoamérica hoy*. Porrúa, México.
- De Keijzer, B. (1997) "El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva". En: Esperanza Tuñón (coord.) *Género y Salud en el sureste de México*, UJAT/ECOSUR. pp. 28-65.
- De Keijzer, B. (2003) "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina". En: Carlos Cáceres Marcos Cueto, Miguel Ramos y Sandra Vallenás. (coords.) *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, International Forum for Social Sciences in Health. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. pp.1-25.
- De Lauretis, T. (1993) "Sujetos excéntricos: La teoría feminista y la conciencia histórica". En: MC. Cangiano y L. Dubois (compiladoras), *De mujer a género, teoría, interpretación y práctica feministas en las ciencias sociales*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, pp. 73-113.
- De Souza S., B. (2002) "Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos". *Revista el otro derecho*. Bogotá, núm. 28. pp. 60 – 89.
- De Souza S., B. (2009) *Los Derechos Humanos como campo de luchas por la diversidad humana*. Universidad de las Islas Baleares, España.

- Dickinson, F. y Murguía, R. (1982) "Consideraciones en torno al objeto de estudio de la antropología física", en *Estudios de Antropología Biológica*, vol. 1, núm. 3 pp. 51-64.
- Durkheim, Émile (2006) *La división social del trabajo*. Akal. Madrid.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006. *Resultados Nacionales*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Figueroa, G. (2007) "El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes?", en: COEDUCANDO, *Programa Coeducación, género y cultura de paz*. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Santiago de Chile. pp. 77-97.
- Figueroa, G. (2005) "Elementos para el estudio de la sexualidad y la salud de los varones integrantes de las fuerzas armadas". En Pantelides, E. y López, E. (Coordinadores.) *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Paidós. Buenos Aires. pp. 47- 80.
- Figueroa, G. (2002). "Elementos para analizar algunos dilemas éticos generados en la investigación cualitativa sobre salud reproductiva". en: Francisco Mercado, Dense Gastaldo y Carlos Calderón (compiladores) *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos análisis y ética*, Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de San Luis Potosí y Universidad Autónoma de Nuevo León. México. pp. 58-97

- Figuroa, G, (2001) "Algunos dilemas éticos y políticos al tratar de definir los derechos reproductivos en la experiencia de los varones". Ponencia presentada en: *Revista Perspectivas Bióticas*. Vol. 10, núm. 18. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires.
- Figuroa, G. (1998). "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". *Cuadernos de Saúde Pública*, Brasil, Vol. 14 núm. 1 pp.87.96.
- Foucault, M. (2002) *El orden del discurso*. Editorial Tusquest, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1999) *Estrategias de poder*. Ediciones Paidós Ibérica S. A. Barcelona.
- Foucault, M. (1992) *Vigilar y castigar*. Siglo XXI, Madrid.
- Granados, A. (2007). "Medicina social, sexualidad y salud". En Jarillo, E. y Guinsberg, E. *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud(CUCS)/ Universidad de Nuevo México, Recolector de Conocimiento Latinoamericano (LAKH). Buenos Aires.
- Granados, J, A. Jiménez, A Valadez, T. O. (2016) "Cultura de género y subjetividad en el embarazo adolescente en un contexto de marginación y ruralidad". *Salud Problema* Año 10, Número 19, Segunda época. págs. 68-79.
- González de León, D., Salinas, A. A., Torre, P. y Mora, F. (2010) *Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de la Universidad Autónoma*

Metropolitana Xochimilco. Reporte de Investigación N° 133 Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México.

Guattari, F, y Suely, R (2006) "Micropolítica. Cartografías del deseo". En *Traficantes de sueños*, C/Embajadores, Madrid. Disponible en <http://Traficante.net> Consultado el 28 de marzo de 2016

Guttman, M. (1998). "Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad". *La Ventana, Revista de Estudios de género* núm. 8. México pp.28-55.

Guttman, M. (2000). *Ser hombre de verdad en la ciudad de México. Ni macho ni mandilón*. El Colegio de México. México.

Gutiérrez, J. P., J. Rivera-Dommarco, T. Shamah-Levy, S. Villalpando-Hernández, F. A, Cuevas-Nasu, L. M. Romero-Martínez, M. Hernández-Ávila. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT). Resultados Nacionales*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) (2010). *Encuesta Nacional de la Juventud*. Disponible en: www.imjuventud.gob.mx/contenidos/programas/encuesta_16_de_agosto_de_2014. Consultado el 18 de mayo de 2016.

Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Base de datos. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf Consultado el 16 de junio de 2016.

- Juárez, F. Gayet, C. (2005). "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas". *Papeles de Población*. volumen 11. núm. 45. Universidad autónoma del Estado de México. México. pp. 68-97.
- Kimel, M.S. (1997) "Homofobia temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina", En: Valdés, Teresa y José Oliveira (eds.) *Masculinidad/es. Poder y crisis*, FLACSO/ISIS Internacional. Chile. pp. 45-67.
- Lagarde. M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madres esposas, monjas, putas, presas y locas*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Lamas, M. (2001) "La antropología feminista y la categoría de género". En: *El género construcción cultural de la diferencia sexual*, M. Lamas (compiladora), PUEG/Miguel Ángel Porrúa. Colección Las ciencias sociales. Estudios de Género. México. Segunda edición. pp. 25-47.
- Laclau, E. (1993). "Poder y representación". Artículo publicado originalmente en *Politics, Theory and Contemporary Culture*, editado por Mark Poster, Nueva York, Columbia University Press, Universidad de Essex, Gran Bretaña.
- Laurell, A.C., (2011). "Los seguros de salud mexicanos. Una cobertura universal incierta". *Ciencia & Saúde Colectiva*.
- Lerner, S. (1998) *Sexualidades en México*. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. Colegio de México, México.

- López-Arellano, O. Blanco-Gil, J. (1994) "Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros". *Salud Pública en México*. vol. 36. No. 4. pp. 374-384.
- Menéndez, E. (1998) "Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural", en *Natura Medicatrix*, núm. 51, pp. 17-22.
- Minello, N. (1998) "De las sexualidades un intento de mirada sociológicas" En: Ivonne Szas y Susana Lerner (compiladoras) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Colegio de México. México.
- Minello, N. (2002). "Masculinidad *Un Concepto en construcción*". *Revista Nueva Antropología*. Volumen XVIII núm. 61. pp. 715- 732.
- Olivarria, J. (2001) *Masculinidad/es Poder y crisis*. Isis Internacional. FLACSO, Chile,
- Olivarria, J. (2001) "Hombres identidades y violencia de género". *Revista de la academia*. vol. 2. No. 6. pp 56-78.
- Olavarría, J. (2003). "¿En que están los varones adolescentes? Aproximaciones a estudiantes de enseñanza media". En: *Varones adolescentes: genero, identidades y sexualidades en América latina*. FLACSO, Chile.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *Aceleración del avance hacia los objetivos internacionales en salud reproductiva. Marco de aplicación de la estrategia mundial OMS de salud reproductiva*, Organización Mundial de la

Salud, Ginebra. Disponible en:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_06.3/es/,

Consultado el 1 de septiembre de 2016.

Organización de la Naciones Unidas (ONU) (1995). *Report of the Fourth World Conference on Women* (4-15 de septiembre de 1995, Beijing, China),

Organización de la Naciones Unidas, Nueva York. Disponible en:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>, Consultado el 5 de abril de 2015.

Organización Panamericana de la salud (OPS/ OMS) (2000) *Promoción de la Salud sexual, recomendaciones para la acción*. Disponible en:

http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf Consultado el 25 de julio de 2016.

Observatorio de Mortalidad Matera México (2014). Indicadores nacionales de mortalidad. Disponible en: www.omm.org.mx/index.2014 Consultado el 19 de agosto de 2016.

Parrini, R. y Amuchástegui, A. (2009). "Sujeto, sexualidad y biopoder: la defensa de los militares viviendo con VIH y los derechos sexuales en México". *Estudios Sociológicos*, vol. XXVII, núm. 81, pp. 861-884 El Colegio de México.

Parker, R. (1994) "Sexualidad derechos humanos y pensamiento demográfico. Convergencias y divergencias en un mundo cambiante", *Estudios Demográficos y urbanos*. vol.19, núm. 3. Colegio de México pp. 497- 541.

- Petchesky, R (2000). "Derechos sexuales: Inventando un concepto. Trazando el mapa de la práctica internacional". *Alianza Regional de la campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos*. pp. 22-114. Disponible en: <http://www.convencion.org.uy/lang/es/quienes-la-impulsan>, Consultado el 15 de enero de 2015.
- Petzelová, J., Chávez, M., Zapata, J. (2009). "Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios". *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 14, núm. 1, pp. 137-151.
- Ramírez, J. C. (2005) *Madeiras entreveradas: violencia masculinidad y poder*. Varones que ejercen violencia contra sus parejas. Editorial Plaza y Valdés México.
- Ramírez, J. C. (1998) "Violencia masculina. Algo más que gobernarse a sí mismo". *Revista La Ventana*, Núm. 7, México. pp. 45 – 67.
- Rivas, M. y Amuchastegui, A. (1994) "Tapemos el ojo al macho. La paradoja institucional alrededor del aborto". En: Adriana Ortiz-Ortega Compiladora, *Razones y Pasiones en torno al aborto*. Population Council-Edamex. México.
- Rivas, M. y Amuchastegui, A. (2004) "Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión". *Revista Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 19, número 3, pp. 543 – 597.

- Rubio, E. (1998) *Introducción al estudio de la sexualidad humana en Antología de la sexualidad*. Tomo I, Porrúa. México.
- Salinas, A. (2007) "La disociación entre sexualidad y reproducción Un reto importante para la salud colectiva". En: Jarillo, E.C. y Guinsberg, E, (coords.). *Temas y desafíos en salud colectiva en México*. Lugar Editorial. Buenos Aires. pp. 171-188.
- Salles, V. y Tuirán R. (2001). "El Discurso de la salud reproductiva: Un nuevo dogma en Sexualidad y Salud reproductiva". *Avances y retos para la investigación*. Stern, C. y Figueroa, G. El Colegio de México. México.
- Scott. J. (1996) "El género: una categoría útil para el análisis histórico", En: M. Lamas (compiladora). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG/Miguel Ángel Porrúa. Colección Las ciencias sociales. Estudios de Género. México.
- Shallat, L. (1993) "Derechos de la vida", en *Mujer y Salud*, vol.18. No. 3, Santiago de Chile. pp. 106-150.
- Seidler, V. (2000) *La sin razón masculina*. Editorial Paidós. México
- Stern, C. y F. G. (2001) *Sexualidad y salud reproductiva*. Avances y retos para la investigación en Sociedad y procesos político e históricos. El Colegio de México. México.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L., y Fenneke, R. (2003) "Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con

adolescentes de la Ciudad de México". *Salud Pública de México*, vol. 45 No.1, pp.34-43.

Stern, C. (2004) "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México". *Papeles de Población*, vol. 10, No. 39, pp. 129-158, El Colegio de México.

Stern, C. (2007) Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios Sociológicos*, vol. XXV núm.(1), 105-129.

Szasz I. y Lerner, S. (1998) "Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México". En: I. Szasz y S. Lerner (coordinadoras) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México, México, pp. 137-16.

UNICEF 2007. El potencial de la juventud: políticas para jóvenes en situación de riesgo en América Latina y el Caribe. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP Consultado el 26 de agosto de 2016.

Vargas, T. González H. (2007) Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 10, núm. 1, pp. 49-63.

Valdés, T y Olavarria, J. (1998) "Ser hombre en Santiago de Chile". En: *Masculinidades y Equidad de género en América Latina*, PALCSO y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Santiago de Chile. pp. 36-59.

Viveros, M. (1998) "Quebradores y Cumplidores: biografías diversas de la masculinidad". En: Valdés, T. y J. Olavarría (eds.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, FLACSO, UNFPA, Santiago de Chile. pp. 55-89.

Weeks, J. (1998) *Sexualidad*, PUEG-Paidós, México.

Weeks, J. (1993) *El malestar de la sexualidad*. Talasa, Madrid.

Zaval, J. (2015) "Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes en México en el siglo XXI". *Uaricha*, vol. 12, No. 29, pp.129-144.