

Percepciones sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes varones de un entorno académico predominantemente masculino

Perceptions of Sexual and Reproductive Health among Male Students in a Predominantly Male Academic Environment

Kimberly Corona¹ , Ángela Galdames¹ , Jovita Ortiz-Contreras² 

¹Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

²Matrona, Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

*Correspondencia Jovita Ortiz-Contreras, Email: jortizc@uchile.cl

RESUMEN

Objetivo: explorar la percepción sobre la salud sexual y reproductiva (SSR) de hombres que se desarrollan en entornos universitarios predominantemente masculinos.

Material y método: estudio cualitativo exploratorio, basado en el paradigma interpretativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a once estudiantes de sexo masculino de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile, seleccionados mediante muestreo por conveniencia. El análisis se efectuó por medio un análisis de contenido inductivo, con codificación temática y triangulación de investigadoras. El estudio contó con aprobación ética y consentimiento informado.

Resultados: se identificaron tres categorías principales: concepción e interés sobre la SSR, autocuidado y responsabilidad y el rol de la masculinidad como barrera o facilitador del acceso a la atención, información y accionar personal sobre la SSR. Se evidenció desconocimiento, escaso interés inicial y una delegación persistente de la responsabilidad en SSR hacia el sexo femenino. Los participantes reconocen una baja percepción de riesgo y un acceso limitado a la atención en salud, lo que afecta su involucramiento. Se valoraron positivamente instancias de movilización social como espacios de educación no formal.

Conclusión: los hombres aún se relacionan con la SSR desde una posición periférica, delegando su responsabilidad a mujeres, lo que impacta negativamente en su salud. Se requiere incorporar enfoques de género y de masculinidades en las políticas públicas y servicios de salud para avanzar hacia la equidad y corresponsabilidad en SSR.

ABSTRACT

Objective: to explore perceptions of sexual and reproductive health (SRH) among men studying in predominantly male university environments.

Method: exploratory qualitative study grounded in an interpretative paradigm. Semi-structured interviews were conducted with 11 male students from the Faculty of Physical and Mathematical Sciences at the University of Chile, selected through convenience sampling. Data were analyzed using content analysis with thematic coding and investigator triangulation. The study was ethically approved, and informed consent was obtained.

Results: three main categories emerged: perceptions and interest in SRH, self-care and responsibility, and masculinity as a barrier or facilitator of the access and personal action over SRH. Participants showed limited knowledge, low initial interest, and a persistent delegation of SRH responsibility to women. They reported low risk perception and limited engagement with health services. Social movements were perceived as valuable sources of non-formal education.

Conclusion: men continue to relate to SRH from a peripheral stance, delegating responsibility to women, which negatively affects their own health. Incorporating gender and masculinity perspectives into public policies and health services is essential to promote equity and shared responsibility in SRH.

Palabras claves: Salud Sexual, Salud Reproductiva, Masculinidad, Roles de Género.

Key words: Sexual Health, Reproductive Health, Masculinity, Gender Roles.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que los derechos sexuales y reproductivos (DSR) son universales y que desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 se ha instado a los hombres a asumir responsabilidades en esta materia, la evidencia indica que éstas continúan recayendo -en la práctica- sobre las mujeres (**Galoviche, 2016**). Tanto a nivel cultural como institucional se les atribuye a ellas la regulación de la fertilidad, la reproducción y la crianza, perpetuando desigualdades y estereotipos de género que afectan la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (SSR), así como el desarrollo personal de mujeres y hombres (**Kennedy, et al., 2020**).

En las mujeres, este patrón se traduce en una sobrecarga asociada al rol de cuidadoras y reproductoras, lo que repercute en su autonomía física y económica, y condiciona su desarrollo social. En los hombres, la exclusión de espacios de formación y atención en SSR limita su involucramiento y acceso a una vivencia plena de sus derechos (**Díaz et al., 2020**).

La literatura coincide en cuanto a que la masculinidad hegemónica, inscrita en un orden androcéntrico, continúa siendo el principal marco desde el cual muchos hombres construyen su identidad sexual (**Obach et al., 2018**). Este modelo promueve conductas como la iniciación sexual precoz, la acumulación de experiencias sexuales y la supuesta autosuficiencia informativa, obstaculizando la adopción de prácticas seguras y de autocuidado (**Orm & Camacaro, 2013; Díaz et al., 2020**).

En Chile, no se ofrecen prestaciones específicas de SSR para varones y las normas y guías prácticas que los abordan como posibles usuarios suelen hacerlo de forma superficial (**Ramírez et al., 2016**). Como resultado, es común que los varones acudan con menor frecuencia a centros asistenciales de salud, generalmente solo en casos de urgencia (**Vega et al., 2003**). Según el análisis del informe del Ministerio de Salud sobre consejerías individuales realizadas en 2016, apenas el 4% del total de consejerías en materia de SSR, realizadas por matronas o matrones, fueron dirigidas a varones consultantes (**Ministerio de Salud, 2016**).

A pesar de esto, diversos estudios dan cuenta de la necesidad de incluir a los varones en programas de SSR, al reconocer que poseen un papel fundamental para el logro de la equidad de género y para el éxito de los programas de promoción, prevención y atención en SSR (**Orm & Camacaro, 2013; Eternod, 2018; Ordoñez Sánchez et al., 2017**).

La evidencia disponible sobre las percepciones masculinas en torno a los roles de género y la responsabilidad en SSR es aún limitada. La mayoría de los estudios se centra en población general, dejando en segundo plano contextos específicos donde predominan dinámicas de género particulares. Esto plantea interrogantes respecto de cómo los varones que se desarrollan en entornos universitarios masculinizados comprenden y asumen su

responsabilidad en SSR, considerando factores como la distribución de roles, la influencia sociocultural y sus preocupaciones e intereses en la materia.

Este estudio tiene por objetivo explorar la percepción sobre SSR en hombres que se desarrollan en un entorno universitario predominantemente masculino, analizando sus concepciones, vivencias y formas de relacionarse con la SSR, así como su interpretación del rol de la masculinidad en esta experiencia.

Se trata de una temática escasamente investigada, sobre la que persiste una literatura fragmentaria y desactualizada. Los hallazgos de esta investigación buscan aportar evidencia que contribuya al diseño de estrategias orientadas a fortalecer la autonomía de los varones en SSR, promover la equidad de género y mejorar la calidad de vida desde un enfoque de derechos y corresponsabilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo de carácter exploratorio, basado en el paradigma interpretativo, que busca comprender las experiencias y significados atribuidos por los sujetos a fenómenos sociales complejos (**Vásquez et al., 2011**). Esta aproximación metodológica se adecúa al objetivo de la investigación, orientado a explorar cómo los estudiantes varones experimentan la SSR, sus percepciones individuales y cómo construyen sus dinámicas de pensamiento y comportamiento en torno a este ámbito. La elección del enfoque cualitativo permitió acceder a la riqueza interpretativa de los discursos y al contexto relacional desde el cual emergen.

El estudio se aplicó en la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas (FCFM) de la Universidad de Chile, seleccionada por su composición históricamente masculina. Según registros institucionales de 2023, el 67 % de las matrículas en este plantel correspondieron a estudiantes de sexo biológico masculino. Se optó por este entorno debido a la evidencia que destaca el rol de los pares como agentes socializadores clave en contextos comunitarios, que influyen en la construcción de creencias, prácticas y percepciones sobre roles y responsabilidades de género (**Coello et al., 2012**).

La muestra fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, conformada por participantes voluntarios reclutados mediante convocatoria abierta difundida en redes sociales. Se definió como criterio de inclusión: 1) ser persona de sexo masculino, independientemente de su identidad de género, y 2) estar matriculado como estudiante de la FCFM entre los años 2022 y 2023. No se establecieron criterios de exclusión. La selección se realizó hasta alcanzar la saturación teórica de la información, lo cual se logró con un total de once entrevistas (**Salamanca & Crespo, 2018**).

Como técnica de recolección de datos, se emplearon entrevistas individuales semiestructuradas, las cuales permiten profundizar en las perspectivas de los entre-

vistados mediante un formato flexible que se adapta al relato de cada sujeto (Díaz et al., 2013). Para su aplicación, se elaboró una pauta de entrevista alineada con los objetivos del estudio que abordó dimensiones relacionadas con conocimientos, fuentes de información, prácticas de autocuidado, percepción de roles y significados atribuidos a la SSR (ver Anexo 1). Las entrevistas fueron grabadas en formato digital, transcritas íntegramente y codificadas por dos investigadoras.

El análisis de los datos se realizó sin uso de Software, mediante análisis de contenido temático, centrado en el contenido manifiesto de los relatos, organizados en categorías y subcategorías construidas a partir de los discursos, lo que permitió interpretar patrones y relaciones entre las dimensiones emergentes (Díaz Herrera, 2018).

La codificación se desarrolló de manera inductiva, en tres fases sucesivas: primero, una lectura exploratoria de las transcripciones completas; segundo, la identificación de unidades de significado relevantes alineadas al objetivo del estudio, y tercero, la agrupación de estas unidades en subcategorías y categorías analíticas. Este proceso fue llevado a cabo por dos investigadoras en forma paralela y luego contrastado mediante sesiones de triangulación, permitiendo la validación y refinamiento de las categorías emergentes (Vásquez et al., 2011). Se realizó validación externa del análisis mediante revisión por parte de profesoras evaluadoras con experiencia en el área temática del estudio.

Esta investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile, bajo el acta N° 037-2022. Todos los participantes firmaron consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio, asegurándose la confidencialidad y anonimato de sus testimonios conforme a las normas éticas vigentes.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen los datos de categorización de los participantes, presentando su codificación, edad, orientación sexual, identidad de género, si tiene pareja actual, previsión de salud y tipo de establecimiento educacional en el que cursó su etapa escolar (mixto o diferenciado por sexo).

Los resultados dieron origen a tres categorías y respectivas subcategorías que tuvieron su lógica en el objetivo de estudio. Las categorías, subcategorías y principales unidades de codificación según pauta de entrevista se muestran en la Tabla 2.

• Concepción e interés sobre SSR: “a nadie le interesaba mucho en verdad”

Los participantes asociaron la SSR principalmente a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planificados. Se evidenció un conocimiento limitado o impreciso, y un distanciamiento general

frente al tema. A pesar de ello, no emergió un interés transversal por profundizar, lo que refleja una baja valoración de su importancia en la vida cotidiana.

1.1. Necesidad como precursor de interés

El interés por informarse en SSR se manifestó con mayor claridad en participantes de disidencias sexuales, quienes se perciben en situación de mayor riesgo, particularmente frente al VIH. El temor, incorporado desde edades tempranas, funcionó como motor para la búsqueda de información:

“Yo siempre me preocupé porque siempre supe que era homosexual [...] como que a mí siempre me dijeron que me iba a dar VIH cuando era pendejo, y nada, me preocupé de informarme para saber qué era realmente a lo que estaba expuesto y cómo podía prevenirlo” – E4.

En varones heterosexuales, el interés se activó ante el inicio de relaciones afectivo-sexuales, delegando en sus parejas femeninas el rol de intermediarias del conocimiento en SSR.

1.2. Fuentes de información: educación quimérica

Las fuentes de información mencionadas incluyeron redes sociales, conversaciones informales con pares y familiares, y algunas instancias educativas, principalmente en contextos escolares o universitarios. Estas últimas fueron descritas como poco significativas o abordadas de manera superficial. No obstante, los participantes reconocen retrospectivamente la necesidad de una educación más temprana y comprensiva:

“Siento que es importante que nos enseñen sobre eso (SSR), porque así adquirimos conciencia de algunas cosas que nos pueden suceder, o cosas que podemos incluso evitar hacer para no incomodar a otras personas [...]” – E7.

Respecto al entorno familiar, se identificó una tendencia a minimizar el abordaje del tema, limitándose a recomendaciones breves:

“Mi mamá siempre me decía como ‘con condón’, en verdad era lo único que me decía” – E6.

Destacaron, además, como experiencias significativas, las actividades desarrolladas en el marco de las movilizaciones feministas de 2017 y 2018, señalando que por primera vez recibieron información sobre consentimiento:

“Lo conocí ya cuando entré a la U, que hubo como el paro y la toma feminista [...] todos sabían del consentimiento y eso de pedirlo y saber que alguien puede darlo o no” – E1.

Finalmente, se observó que la mayoría del conocimiento sobre SSR no fue producto de una búsqueda deliberada, sino de exposiciones pasivas a contenidos informativos, lo que refuerza la percepción de desinterés:

“Me llegaba, un par de páginas de Instagram que hablaban de esas cosas y yo las empezaba a seguir, pero igual llegaba la info, no era como que yo la buscara activamente” – E2.

Tabla 1: Caracterización de participantes del estudio / Table 1. Characteristics of study participants

Código de entrevista	Edad	Orientación sexual	Identidad de género	Pareja actual (sexo)	Previsión de salud	Tipo de colegio
E1	22	Bisexual	Hombre (pron. neutros)	Sí (masculino)	ISAPRE	Mixto
E2	18	Heterosexual	Hombre	Sí (femenino)	ISAPRE	Mixto
E3	21	Heterosexual	Hombre	No	ISAPRE	Mixto
E4	21	Homosexual	Hombre	No	ISAPRE	Diferenciado
E5	23	Heterosexual	Hombre	Sí (femenino)	ISAPRE	Mixto
E6	23	Bisexual	Hombre	No	ISAPRE	Mixto
E7	25	Heterosexual	Hombre	Sí (femenino)	FONASA	Mixto
E8	20	Homosexual	Hombre	No	FONASA	Mixto
E9	27	Heterosexual	Hombre	No	FONASA	Diferenciado
E10	26	No definido	Hombre	Sí (femenino)	FONASA	Mixto
E11	21	Heterosexual	No definido	Sí (femenino)	FONASA	Mixto

ISAPRE: Institución de Salud Previsional | FONASA: Fondo Nacional de Salud.

• **Autocuidado y responsabilidad percibida en SSR: condicionalidad de la prevención**

Los relatos de los participantes reflejan una conciencia general sobre la necesidad de autocuidado, sin embargo, las conductas descritas muestran que este se ejerce de forma condicional. El uso de preservativo tiende a asociarse a situaciones consideradas de mayor riesgo, como las relaciones sexuales ocasionales o múltiples. En contextos de pareja estable, en cambio, la percepción de riesgo disminuye y se prescinde del uso de métodos de barrera, como se expresa en el siguiente testimonio:

“Cuando tenía una vida sexual activa con distintas personas siempre usaba condón, pero ahora que llevo 9 meses con mi pareja y estamos como excluyentes, [...] como que hay un punto donde los dos nos hicimos test, vimos si teníamos algo y ahí hicimos como que ‘ah podemos no usar condón’ y empezamos a no usar” – E1.

Esta conducta pone en evidencia una baja percepción de riesgo y una delegación de la responsabilidad reproductiva hacia sus parejas. Esta tendencia también se manifiesta en la toma de decisiones sobre anticoncepción y embarazo, las cuales, aunque reconocidas como compartidas, se asumen como responsabilidad principal de las mujeres, al estar los métodos mayoritariamente dirigidos a ellas:

“Se asocia a una característica más femenina. Debe haber gente que no le interesa solamente porque, temas de salud sexual, o cuidarse de no tener una guagua, lo asocian a una responsabilidad de mujeres” – E2.

Si bien los participantes identifican esta delegación como problemática, también manifiestan no saber cómo contribuir a cambiarla y reconocen acciones propias que la perpetúan, como evitar el uso de preservativo. En este mismo sentido, los exámenes de detección de ITS no for-

man parte de una práctica regular, sino que son realizados ante síntomas o situaciones específicas, evidenciando una actitud reactiva más que preventiva.

2.1. Acceso y atención en SSR: información o interés

Las atenciones en SSR son poco frecuentes. La mayoría de los participantes accedió a consultas únicamente para realizar exámenes de ITS o en calidad de acompañantes a controles ginecológicos de sus parejas. Aunque algunos expresan disposición a participar de estos espacios, no se observa una implicación activa ni sostenida en programas de regulación de la fecundidad.

Asimismo, existe reticencia a consultar a profesionales por motivos relacionados a SSR, siendo más común acudir por síntomas que asocian inicialmente a otras causas, como enfermedades dermatológicas:

“Pedí hora pensando que podía ser relacionado a la piel, buscaba hora con dermatólogo [...] cuando decidí ir al doctor era porque me salía una alergia en el pecho, y antes de eso también estaba con ese tema. como que me picaba (los genitales), y quise ir al doctor” – E7.

Quienes han accedido a atenciones especializadas refieren mejores experiencias cuando estas fueron mediadas por organizaciones sociales. Al explorar las barreras percibidas, la mayoría menciona la falta de información sobre prestaciones dirigidas a varones, así como la alta demanda y el costo de la atención. Sin embargo, otros reconocen que más que falta de información, existe una actitud evasiva frente a la temática:

“Yo creo que información hay y bastante, solo que uno a veces como es tanta la información yo creo que uno descansa en quedar de ignorante algunas veces para no salir de su zona de confort” – E10.

Estos relatos permiten observar cómo la escasa visibilidad institucional del varón como sujeto de SSR contribuye a reforzar su desvinculación, tanto desde lo individual como desde lo estructural, dejando en evidencia una ausencia de modelos, espacios y estrategias orientadas al involucramiento masculino.

- **Masculinidad y rol de género en SSR: barrera o camino al cambio**

3.1. “Ser hombre”

Los relatos de los participantes revelan una noción ambigua sobre qué significa “ser hombre”. Aunque se identifican como tales, su definición tiende a asociarse a un sentimiento interno más que a atributos concretos. Coinciden en que ser hombre no implica necesariamente ser “masculino”, entendiendo esta última como una construcción social que impone características como rudeza, terquedad, rol protector y supresión emocional. Estas representaciones son percibidas como limitantes y perjudiciales para el desarrollo personal, siendo descritas como una “caricatura” de lo masculino que debe ser superada:

“[...] no me gusta que se diga, así como, ‘ya si tienes pene, naciste con pene, eres macho, por lo tanto tienes este rol que es ser hombre’ y es como ‘eres fuerte, no sufres tanto, no dices tus problemas’ que son como cosas muy arcaicas, porque eso me trajo muchos problemas de chiquitito” – E11.

La vinculación estereotipada de la SSR con lo femenino ha contribuido al alejamiento de los hombres de estos temas, lo que se traduce en la evitación del diálogo con pares o familiares y la postergación de consultas médicas, incluso en presencia de síntomas. Este distanciamiento, más que deliberado, responde a una normalización del desinterés masculino en SSR, reforzada por la escasez de métodos y programas dirigidos explícitamente a ellos:

“Yo creo que el lado de los hombres está más despreocupado, como que le da un poco más lo mismo [...] igual lo que me pasa a mí, personalmente, que aunque no se quiera igual uno se relaja porque siente que no hay mucho que pueda hacer” – E6.

Pese a lo anterior, se evidencia una inquietud compartida por la inequidad de responsabilidades en SSR. Los participantes identifican que esta situación se origina desde la infancia, producto de una educación diferenciada por sexo, y consideran fundamental la formación en SSR desde etapas tempranas, sin distinción de género.

Esta visión es más enfática entre quienes expresan mayor cuestionamiento a los mandatos de género, particularmente participantes de disidencias sexuales. Para ellos, el cambio no solo debe centrarse en el contenido de la educación, sino en la transformación radical de los marcos normativos que sostienen la desigualdad:

“Si tuviera que ser muy sincero creo que el cambio es que deberían abolirse los roles de género, no deberían existir porque no tienen sentido actualmente” – E11.

DISCUSIÓN

La desconexión de los hombres con la salud sexual y reproductiva ha sido ampliamente documentada, y los hallazgos de este estudio se alinean con esta evidencia (Stern et al., 2005). Esta desvinculación ha sido atribuida, en gran parte, a una construcción cultural que posiciona la SSR como una responsabilidad femenina (Pantelides & Manzelli, 2005), sostenida desde la infancia por normas de género tradicionales que limitan el involucramiento masculino en el autocuidado sexual y en procesos reproductivos (Nyalela & Dlungwane, 2023).

Los participantes reconocieron esta delegación de responsabilidades y manifestaron incomodidad frente a la inequidad, aunque también señalaron la falta de referentes, espacios institucionales y modelos culturales que habiliten su participación. Esta ambivalencia sugiere que la exclusión masculina no se origina únicamente en el desinterés, sino en barreras sociales, simbólicas y estructurales que restringen su implicación (Obach et al., 2017).

En relación con la educación formal, la mayoría de los participantes expresó haber recibido una educación sexual limitada, centrada casi exclusivamente en aspectos biológicos y preventivos, y en muchos casos, mediada por sesgos de género. Esta percepción se refleja en otros estudios nacionales que muestran cómo la educación sexual en Chile ha sido fragmentada y poco contextualizada, omitiendo enfoques de género y diversidad (Pantelides & Manzelli, 2005). Asimismo, la familia tampoco aparece como un agente activo en la transmisión de conocimientos sobre SSR, sino como un espacio evasivo o restrictivo, lo que reduce aún más las posibilidades de aprendizaje temprano y significativo (López, 2016; Usonwu et al. 2021).

Un hallazgo relevante fue la mayor percepción de riesgo entre los participantes homosexuales, quienes reportaron una actitud más activa frente al cuidado en SSR, motivados en parte por el estigma social que asocia la homosexualidad con el VIH (Donoso et al., 2005). Este resultado está alineado con investigaciones previas que demuestran que hombres que tienen sexo con hombres presentan mayores niveles de conocimiento y realización de test preventivos en comparación con hombres heterosexuales (da Fonte et al., 2017). Este fenómeno sugiere que el temor al estigma y la exposición a narrativas de riesgo pueden, en ciertos contextos, fomentar una conducta preventiva, aunque desde una motivación defensiva más que promotora de bienestar.

Otro aspecto destacable fue la valoración que los participantes otorgaron a las movilizaciones feministas de 2017-2018, las cuales, según su testimonio, generaron un cambio importante en la percepción colectiva de temas como consentimiento y relaciones de género (Saavedra, 2020). Las actividades realizadas durante las tomas feministas universitarias, en particular, son reconocidas por los entrevistados como un punto de inflexión que visibilizó la necesidad de reflexionar sobre la masculinidad y su impacto en las relaciones sociales y de cuidado. Esta

percepción coincide con lo expuesto por **Llanos (2021)**, quien señala que el movimiento feminista en Chile fue clave para instalar reflexiones en la esfera pública del Chile actual .

A pesar de lo anterior, persisten barreras significativas para que los hombres se acerquen a los servicios de salud en materia de SSR. Entre ellas, destacan la falta de espacios diseñados para ellos, la escasa visibilidad institucional del varón como sujeto de cuidado reproductivo y la persistencia de roles de género que castigan la expresión emocional o la búsqueda de ayuda (**Morales et al., 2021**). Estas barreras no solo dificultan el acceso, sino que también consolidan la idea de que la SSR no les compete directamente. El paradigma de la masculinidad tradicional se reproduce en la configuración misma de los servicios, que no suelen incluir ni acoger la diversidad de experiencias y necesidades de los hombres (**Pantelides & Manzelli, 2005; Rodríguez et al., 2013**).

Finalmente, se destaca que aquellos participantes que cuestionan abiertamente la masculinidad tradicional —especialmente quienes forman parte de disidencias sexuales— son también quienes muestran una mayor disposición al cambio y a la participación activa en temas de SSR. Esto sugiere que la deconstrucción de los roles de género tradicionales puede ser una puerta de entrada efectiva para avanzar hacia la equidad en salud sexual y reproductiva (**Saavedra Castro, 2020; Montenegro et al., 2018**).

La inclusión de un enfoque de masculinidades en las políticas públicas de salud podría favorecer transformaciones institucionales y culturales que impulsen una mayor corresponsabilidad en SSR, promoviendo no solo la salud de los hombres, sino también la de sus parejas, familias y comunidades. Desde la práctica profesional, se recomienda que los equipos de salud —particularmente matronas y matrones, por su rol estratégico en la atención primaria y en el ciclo reproductivo— desarrollen intervenciones que incluyan activamente a los varones, fomentando espacios seguros de diálogo, consejería y educación, con enfoque de género, derechos y diversidad. La implementación de instancias formativas en SSyR dirigidas a hombres jóvenes, dentro y fuera del sistema educativo, podría constituir una vía efectiva para reducir brechas en el acceso, la información y el ejercicio corresponsable de la salud.

A nivel de políticas públicas, se sugiere revisar y actualizar las normativas que rigen la atención en SSR, incorporando protocolos específicos para población masculina, que reconozcan sus necesidades diferenciadas y promuevan su vinculación temprana con los servicios. Asimismo, urge incluir contenidos sobre género, sexualidad y masculinidades en la formación de profesionales de salud, educación y trabajo social, con el fin de generar cambios sostenibles en las prácticas institucionales y en las representaciones sociales que refuerzan la inequidad (**Leitão, 2015; Persson et al., 2022**).

En conclusión, los resultados de este estudio evidencian que los estudiantes varones de entornos universitarios masculinizados se relacionan con la SSR desde una posición periférica, delegando responsabilidades a las mujeres y reproduciendo patrones tradicionales de género. Esta desvinculación no responde únicamente a una falta de interés, sino que está sostenida por estructuras culturales, educativas e institucionales que limitan su participación activa y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

Si bien los participantes reconocen estas desigualdades y expresan incomodidad ante ellas, también revelan una escasa formación en SSR, ausencia de modelos positivos de masculinidad y una percepción fragmentada del autocuidado. A pesar de ello, emergen voces que cuestionan críticamente los mandatos de género, en particular entre quienes forman parte de disidencias sexuales, lo que abre posibilidades para el cambio.

Este estudio refuerza la necesidad de desarrollar políticas públicas que integren un enfoque de masculinidades en la atención en SSR, reconociendo a los hombres como sujetos de derecho y no como actores secundarios. Asimismo, resulta fundamental fortalecer la formación de profesionales de la salud —especialmente del ámbito de la matronería— para abordar estas temáticas desde una perspectiva de género, derechos y diversidad (**Naciones Unidas, 2018**).

Del mismo modo, se recomienda implementar estrategias educativas que promuevan la corresponsabilidad, la reflexión crítica sobre las construcciones de género y el acceso equitativo a la información y servicios en SSR. Avanzar en esta dirección permitirá reducir brechas, promover el bienestar y favorecer la construcción de relaciones más justas y equitativas para todas las personas .

Respecto a las limitaciones del estudio, este se realizó en una sola universidad de la Región Metropolitana, lo que limita la diversidad del contexto y la posibilidad de generalizar los hallazgos. Además, todos los participantes eran estudiantes sin hijos, lo que podría influir en sus percepciones sobre la salud reproductiva. Aunque se alcanzó saturación teórica, el carácter voluntario de la participación pudo sesgar los resultados hacia quienes mostraban mayor apertura al tema. No obstante, estas limitaciones fueron mitigadas mediante la saturación teórica, la diversidad de identidades sexuales y experiencias dentro de la muestra, y el uso de técnicas de triangulación y validación externa, lo que fortaleció la credibilidad de los hallazgos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a los participantes de este estudio que nos brindaron sus experiencias en SSR de forma desinteresada y sincera. Agradecemos también a la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas y a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio. Por último agradecemos a las personas que nos apoyaron y guiaron durante la realización de este proyecto.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El presente artículo deriva de una tesis de pregrado. Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Este trabajo no posee fuentes de financiamiento externo

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

- **Conceptualización:** Kimberly Corona, Ángela Galdames, Jovita Ortiz-Contreras
- **Análisis formal:** Kimberly Corona, Ángela Galdames
- **Investigación:** Kimberly Corona, Ángela Galdames
- **Metodología:** Kimberly Corona, Ángela Galdames
- **Supervisión:** Jovita Ortiz-Contreras
- **Redacción – borrador original:** Kimberly Corona, Ángela Galdames, Jovita Ortiz-Contreras
- **Redacción – revisión y edición:** Jovita Ortiz-Contreras

REFERENCIAS

Coello Valdés, E., Blanco Balbeito, N., & Reyes Orama, Y. (2012). Los paradigmas cuantitativos y cualitativos en el conocimiento de las ciencias médicas con enfoque filosófico-epistemológico. EDUMECENTRO. <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v4n2/edu17212.pdf>

da Fonte, V. R. F., Pinheiro, C. D. O. P., Barcelos, N. de S., Costa, C. M. A., Francisco, M. T. R., & Spindola, T. (2017). Factors associated with condom use among young men who have sex with men. *Enfermería Global*, 16(2), 80–93. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.245451>

Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)

Díaz, D., Parra, N. C. G., Carreño, M. I. R., Medina, J. R., & Villamil, M. M. L. (2020). Hombres, salud sexual y salud reproductiva: avances de la investigación reciente en América Latina. *Revista Colombiana de Enfermería*, 19(2), 1–25. <https://doi.org/10.18270/rce.v19i2.2946>

Díaz Herrera C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Orientación intelectual de revista Universum. Revista General de Información y Documentación*, 28(1), 119–142. <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>

Donoso, C., Muñoz, F., Honorato, C., Veloso, A., & Aguirre, S. (2005). Factores socioculturales que inciden en el uso del condón masculino en hombres homosexuales y otros HSH [Informe de investigación]. Santiago, Chile: MUMS / Sidacción.

Eternod Arámburu, M. (2018). Brechas de género: Retos pendientes para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva, y para cerrar las brechas de género. En *Tercera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe* (pp. xx-xx). Lima, Perú: Instituto Nacional de las Mujeres, México.

Galoviche, V. (2016). Conferencia internacional sobre población y desarrollo de El Cairo (1994): avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. *RevIISE: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, ISSN-e 2250-5555, Vol. 8, No. 8, 2016 (Ejemplar dedicado a: RevIISE Vol. 8), págs. 89–97, 8(8), 89–97. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5614742&info=resumen&idioma=SPA>

Kennedy, E., Binder, G., Humphries-Waa, K., Tidhar, T., Cini, K., Comrie-Thomson, L., Vaughan, C., Francis, K., Scott, N., Wulan, N., Patton, G., & Azzopardi, P. (2020). Gender inequalities in health and wellbeing across the first two decades of life: an analysis of 40 low-income and middle-income countries in the Asia-Pacific region. *The Lancet Global Health*, 8(12), e1473–e1488. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30354-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30354-5)

Leitão, M. N. da C. (2015). Health, sex, and gender: The inequalities as challenges. *Revista da Escola de Enfermagem*, 49(1), 10–11. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100001>

Llanos M., B. (2021). Revuelta feminista en Chile: cultura visual y performance. *Literatura y lingüística*, 44, 169–184. <https://doi.org/10.29344/0717621X.44.3024>

López Beltrán, M. I. (2016, 14 de julio). Actitudes y creencias de padres y madres hacia la educación sexual (Tesis de maestría, Universitat Jaume I). Repositorio institucional de la Universitat Jaume I.

Ministerio de Salud. (2016). Controles de salud sexual y reproductiva según tipo de control, por región y servicio de salud, SNSS 2016 (Datos preliminares). Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Montenegro, J. L., Orcasita, L. T., Tunubala, L. A., & Zapata, L. J. (2018). Representaciones sociales sobre masculinidad y paternidad en padres con hijos gays. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.rsmp>

Morales Ortiz, K., Terán Avendaño, K., Urrutia Villanueva, N., Mardones Leiva, K., & Vergara Maldonado, C. (2021). Masculinidad hegemónica en la salud sexual y reproductiva: prácticas y creencias de hombres jóvenes en Chile. *Matronería Actual*, 3, 7-18. <https://doi.org/10.22370/revmat3.2021.2859>

Naciones Unidas. (2018). Retos pendientes para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva, y para cerrar las brechas de género | Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. <https://crpd.cepal.org/3/es/programa/panel-2-retos-pendientes-garantizar-acceso-la-salud-sexual-reproductiva-cerrar-brechas>

Nyalela, M., & Dlungwane, T. (2023). Men's utilisation of sexual and reproductive health services in low- and middle-income countries: A narrative review. *Southern African journal of infectious diseases*, 38(1). <https://doi.org/10.4102/SAJID.V38I1.473>

Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F., & Bernales, M. (2018). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.124>

Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N. (2017). Sexual and reproductive health of adolescents in Chile: the role of sexual education. *Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)*, 19(6), 848-854. <https://doi.org/10.15446/RSAP.V19N6.70023>

Ordoñez Sánchez, J., Real Cotto, J., Gallardo León, J., Alvarado Franco, H., & Roby Arias, A. (2017). Conocimientos sobre salud sexual y su relación con el comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 419-423. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14264>

Orm, K., & Camacaro, M. (2013). Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. *Comunidad y Salud*, 11(1), 66-75

Pantelides, E. A., & Manzelli, H. (2005). La salud sexual y reproductiva: También un asunto de hombres. *Organización Panamericana de la Salud*.

Persson, T., Löve, J., Tengelin, E., & Hensing, G. (2022). Notions About Men and Masculinities Among Health Care Professionals Working With Men's Sexual Health: A Focus Group Study. *American Journal of Men's Health*, 16(3), 15579883221101274. <https://doi.org/10.1177/15579883221101274>

Ramírez Concha, L., Meneses Cordero, P., Quezada, A., Herrera Burott, J., Paz Araya Álvarez, M., Herrera Figueroa, Y., et al. (2016). Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes. Oficina Nacio-

nal de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/OT-Control-Adolescente-v3.pdf>

Rodríguez Morales, V., Castañeda Abascal, I. E., Rodríguez Cabrera, A., Díaz Bernal, Z., & Lozano Lefrán, A. (2013). Necesidad del abordaje de los estudios de la salud sexual y reproductiva en el hombre. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(5), 929-938.

Saavedra Castro, P. B. (2020, 13 de agosto). Masculinidades, acción colectiva y feminismo: Varones jóvenes de Lima y Santiago frente a las movilizaciones feministas (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú). Repositorio institucional de la PUCP.

Salamanca Castro, A. B., & Crespo Blanco, C. M. (2018). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 7(27).

Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L. R., & Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México [Suplemento]. *Salud Pública de México*, 45(Suppl 1), S34-S43. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003000700007>

Usonwu, I., Ahmad, R., & Curtis-Tyler, K. (2021). Parent-adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01246-0>

Vásquez, L., Ferreira, R., Mogollón, A., Fernández, J., Delgado, E., & Vargas, I. (2011). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud (22.ª ed.). Programa Editorial Universidad del Valle. https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/18611/Intro_a_las_tecnicas_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vega, M. J., Bedregal, G. P., Jadue, H. L., & Delgado, B. I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 131(6), 669-678. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000600003>

ANEXOS

Tabla 2: Categorías, subcategorías y unidades de codificación del análisis / Categories, subcategories, and coding units from the analysis

Categoría	Subcategoría	Unidades de codificación según pauta de entrevista
1. Concepción e interés sobre SSR: “a nadie le interesaba mucho en verdad”	1.1 Necesidad como precursor de interés	A.1,2,3,4,5,6,7 - A.10 - B.1 - B-4
	1.2 Fuentes de información: educación química	
2. Autocuidado y responsabilidad en SSR: la condicionalidad de la prevención	2.1 Acceso y atención en SSR: información o interés	A.8,9 - B.5,6,7
3. Masculinidad y rol de género en SSR: barrera o camino al cambio	3.1 “Ser hombre”	B.2,3 - C.1,2,3,4,5,6

Temas	Subtemas
Información personal (preguntas cerradas para caracterización)	Nombre (codificado)
	Edad
	Carrera
	Comuna de residencia
	Orientación sexual
	Hijos/as
	Pareja(s)
	A.1 Conocimiento sobre el tema
	A.2 Fuentes de información
	A.3 Educación sexual recibida en colegio
A) Salud sexual	A.4 Interés sobre salud sexual
	A.5 Condón
	A.5.1 Conocimiento
	A.5.2 Uso
	A.5.3 Acceso
	A.6 ITS
	A.7 Consentimiento
	A.8 Atenciones en salud sexual
	A.9 Acceso a salud sexual
	A.10 Importancia dada a la salud sexual

Temas	Subtemas
B) Salud reproductiva	B.1 Conocimiento sobre el tema B.2 Rol reproductivo masculino B.3 Paternidad B.4 Métodos anticonceptivos B.4.1 Conocimiento B.4.2 Uso y rol B.5 Percepción de riesgo B.6 Atenciones en salud (solo o en pareja) B.7 Accesibilidad
C) Masculinidad	C.1 Significado de hombre C.2 Significado de masculino C.3 Relación de masculinidad y salud sexual y reproductiva C.4 Sexualidad en las conversaciones C.5 Percepciones de aspectos a modificar y cómo hacerlo C.6 Comparación de responsabilidades según sexo
