

Eje 9. Comunicación y salud
Coordinan Laura Lavatelli, Martín Turriani y Valeria Vidal

Representaciones sociales de profesionales de la salud sobre vasectomía en el Hospital Francisco López Lima de General Roca en el 2019

Lucas Urrutia | Universidad Nacional de Cuyo, Argentina
urrutialucas15@gmail.com

Resumen

El presente trabajo muestra los resultados obtenidos en una investigación sobre representaciones sociales vinculadas a la vasectomía durante el año 2019 en un hospital público de la ciudad de General Roca en la provincia de Río Negro. Las estadísticas nacionales referidas al número de intervenciones de vasectomías demostraban la escasa participación de los varones en uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y seguros. La situación descrita por profesionales de la salud del Hospital se correspondía con las asimetrías que marcan los datos generales de intervenciones realizadas. Frente a esto partimos de dos supuestos; primero que la práctica de la vasectomía no se realiza porque operan diversos imaginarios que ponen en cuestión el dispositivo de la masculinidad y segundo, que históricamente los derechos sexuales y (no) reproductivos son una responsabilidad de las mujeres. En consecuencia, nos propusimos analizar las representaciones sociales vinculadas a la vasectomía de profesionales de la salud en el Hospital Francisco López Lima. Se llevó adelante un estudio cualitativo de tipo descriptivo en donde se realizó un grupo focal con el área de salud sexual y reproductiva y una entrevista semiestructurada con el médico especialista del hospital. De los resultados obtenidos pudimos observar que desde el área de salud sexual proponen a la vasectomía como una práctica que viene a cuestionar y poner en tensión esa responsabilidad vinculada al rol reproductivo de la mujer, mientras que por parte del especialista no apareció este cuestionamiento sobre dicha responsabilidad. Se observó una vinculación con la ligadura de trompas que surgió espontáneamente en cada una de las entrevistas. Las representaciones sobre vasectomía consideran que son casi nulas las barreras institucionales para realizar la práctica, aunque están mediadas por dos condicionantes: uno referido a la edad de quien solicita la práctica y otro a la cantidad de hijos que posee. Podemos concluir entonces que los imaginarios sobre

la masculinidad alrededor de la vasectomía no son la principal influencia, aunque son difíciles de percibir por parte de los profesionales en la interacción con los usuarios. Los profesionales de la salud conciben a un varón descentrado de las decisiones en salud sexual, por ende, es necesario involucrar a los hombres para un ejercicio más equitativo de la sexualidad. Teniendo en cuenta los condicionantes del acceso podemos decir que se valora fuertemente la reproducción.

Palabras clave: representaciones sociales, vasectomía, salud sexual y reproductiva

Introducción

Argentina cuenta con la Ley de Anticoncepción Quirúrgica N° 26.130 sancionada en 2006 que garantiza la realización de la ligadura tubaria y de la vasectomía. En el sitio web del Ministerio de Salud de la Argentina explican que la vasectomía es un anticonceptivo irreversible que se realiza a través de una cirugía sencilla en los conductos deferentes que transportan los espermatozoides del testículo al pene. La intervención se realiza de manera gratuita en los establecimientos de salud pública y su acceso está garantizado para las personas mayores de 18 años. Sólo es requisito dejar constancia por escrito de la decisión después de recibir información completa y comprensible. No hace falta el consentimiento de nadie, ni tampoco tener hijos. A pesar de ello, en el 2016 se realizaron 12.976 ligaduras de trompas y tan solo 97 vasectomías en todo el país.

La ley de anticoncepción quirúrgica se enmarca en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva creado por la ley nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada en 2002. En Río Negro existe un antecedente normativo previo a la sanción, en 1996, que es la ley provincial 3.059 modificada en el 2000 por la ley 3.450 que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana. A pesar de que la provincia tiene un amplio recorrido en materia de salud sexual y (no) reproductiva, según el cuerpo de profesionales de la salud del sistema público se mantiene la media con los datos aportados a nivel nacional.

La vasectomía es una cirugía sencilla y poco invasiva, por lo cual las escasas intervenciones realizadas podrían explicarse teniendo en cuenta factores de otro orden. Posiblemente la práctica no se elige con frecuencia porque operan diversos imaginarios que ponen en cuestión el universo simbólico socialmente construido acerca de la masculinidad. Es decir, por desconocimiento del método, aparecen una serie de mitos y creencias sobre la pérdida de virilidad y la potencia sexual tras realizar la intervención. Otro de los factores responde a que históricamente los derechos sexuales y reproductivos fueron (y son) una responsabilidad de las mujeres. Recién a partir de 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) se realizó por primera vez un llamado a la participación masculina y aún hoy, la mayoría de los esfuerzos en esta materia tienen como población destinataria a las mujeres.

Tomando en consideración lo expuesto, definimos analizar las representaciones sociales de los profesionales de la salud vinculados a la vasectomía en el hospital Francisco López Lima ya que las consideramos de gran valor por la relación que guardan con los sentidos que construyen los usuarios en la interacción con los servicios de salud. Para llevar adelante una exposición argumental coherente, presentaremos la relación entre masculinidad, sexualidad y género para aproximarnos al concepto del dispositivo de la masculinidad. Más adelante, situaremos nuestra investigación en el campo de la comunicación y la salud. Luego, exhibiremos las decisiones teórico-metodológicas y presentaremos los resultados obtenidos. Finalmente expondremos las reflexiones finales a modo de conclusión.

Masculinidad, sexualidad y género

Una categoría transversal de esta investigación fue la perspectiva de género (Scott, 1986; Rubin, 1975; Butler, 1990, Haraway, 1996; etc.). Inicialmente esta categoría daba cuenta de cómo ciertos roles son atribuidos social e históricamente a varones y mujeres -con base en la división dicotómica del sexo- y cómo en esa relación, las mujeres y -otras identidades- ocupan un lugar de subordinación. Siguiendo esta línea, las asimetrías producidas por la asignación de roles de género determinarán en forma diferenciada el proceso de salud-enfermedad-atención para cada uno de los géneros. Esto quiere decir que:

“La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad. Desborda el análisis de la determinante biológica, es decir, la diferencia sexual anatómica y fisiológica; presupone un nivel de análisis dirigido a contextualizar la influencia de los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres y por ende, los modos de vivir, enfermar y morir”. (Abascal, 2006: p. 20)

Analizar la trama de la salud con perspectiva de género es dejar de pensar las problemáticas de salud como diferencias y pensarlas como desigualdades, estas últimas producidas por los factores culturales que operan en la construcción de ser mujer y ser varón. A esto sumamos una reconceptualización del sexo y la sexualidad (Focault, 1987) que da cuenta del carácter cultural e histórico que también poseen esas categorías, complejizando y tensionando la idea de la naturaleza del sexo determinada por la genitalidad. Así, serán claves los aportes de Butler para pensar en una noción performativa del género, es decir “*el género produce al sexo*, y ambos son producidos a través de prácticas materialmente discursivas” (Fabbri, 2019: p.115).

Esta forma de recategorizar la relación entre sexo y género aporta valiosas perspectivas para el estudio desde el enfoque de las masculinidades. Aquí también podemos detenernos a revisar las implicancias analíticas de esta categoría. Existen, según Fabbri (2019) al menos tres tendencias en el campo de las masculinidades. La primera, implica pensar las masculinidades como una serie de atributos y características, “un conjunto de prácticas que se inscribe en un sistema sexo/género culturalmente específico para la regulación de las relaciones de poder, de los roles sociales y de los cuerpos de los individuos” (Connell 1995 en Grollmus, 2018: p. 41.). La segunda, es lo que el autor denomina “política de las adjetivaciones” (Fabbri, 2015), una mirada que despolitiza la noción de masculinidad ya que pone “su foco en las formas de actuar de la masculinidad de los varones, sin preguntarse por el carácter histórico y político de la categoría sexual a la que masculinidad da origen y sentido (la de hombre o varón), contribuyendo de esta manera a su naturalización” (Fabbri, 2019: p 115). Coincidimos con Fabbri en seguir una tercera tendencia que invita a pensar la masculinidad como un dispositivo de poder, es decir, un conjunto de

discursos y prácticas a través de las cuales los sujetos son producidos en tanto varones (Fabbri, 2018). La masculinidad, en tanto dispositivo de poder, dialoga con la categoría de performatividad de género y con la producción social del sexo y la sexualidad, ya que ofrece un horizonte de cómo deben ser los varones en nuestro sistema de valores y creencias. Pero a su vez, hay múltiples maneras de ser varón, de apropiarse de la masculinidad y no todas son el resultado deseado de ese dispositivo.

De aquí que nuestro primer supuesto nos llevó a pensar que en la vasectomía se quiebra la acción fecundadora del hombre, alterando el orden simbólico que se sustenta en aquello que es presentado como natural y se crean imaginarios vinculados a la pérdida de virilidad y la disminución de la potencia sexual, lo que deviene en la escasa solicitud de intervenciones. El segundo supuesto con el que partimos se trata de la responsabilidad de los derechos sexuales y (no) reproductivos recae sobre la mujer. Recién a partir de 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) se realizó por primera vez un llamado a la participación masculina y se acuñó el término "salud sexual y reproductiva" reemplazando al anteriormente utilizado "salud materna e infantil". Esta conferencia representó una disputa en el significado de la salud sexual ya que "es en la CIPD donde por primera vez se hizo alusión a los varones en relación con la salud sexual y reproductiva" (Galoviche, 2018; p.247). Por nuestra parte, elegimos nombrar la salud sexual y (no) reproductiva de esta forma para dar cuenta del carácter reproductivo, pero también incorporar los asuntos referidos a la anticoncepción y al ejercicio libre y sin discriminación de la sexualidad. Creemos, al igual que Brown (2009), que es importante seguir la trayectoria de las formas de conceptualizar y nombrar la salud sexual y (no) reproductiva y las luchas por su reivindicación.

El campo de la comunicación y la salud

Nos propusimos abordar este fenómeno teniendo en cuenta los postulados teóricos del campo de la comunicación y la salud. Es preciso delimitar de forma sucinta la articulación de estos saberes que dieron lugar a una disciplina emergente. La comunicación y salud tiene como antecedente ineludible a la Comunicación para el Desarrollo (CpD), una perspectiva que nace nutriéndose de los primeros estudios en comunicación llevados adelante por la Mass Communication Research y la Escuela de Chicago en Estados Unidos. La CpD se da en el marco de un proceso que se inicia a finales de la década del cincuenta conocido como desarrollismo. Podemos decir siguiendo a Pereira, Benavidez y Bonilla (1998) que el concepto de desarrollo adquiere protagonismo más precisamente en 1949 a partir de un discurso, pronunciado por el entonces presidente de los Estados Unidos Harry S. Truman, utilizado para designar una serie de programas de gestión gubernamental y empresarial dirigidos hacia la planificación del cambio en América Latina. En sus inicios, estos estudios concebían a la comunicación como un agente de cambio, productora de conductas modernas y reguladora de los desequilibrios sociales, cuya piedra angular

radica en el manejo eficiente de los medios de comunicación. Para finales de la década del ochenta estos principios fracasaron, en parte, por las contradicciones surgidas en la dialéctica desarrollo-subdesarrollo. Los programas y las herramientas propuestas por la CpD no tenían en cuenta las especificidades de las poblaciones a las cuales se dirigían y tampoco concedían el estatuto de actor con capacidad de transformación a la diversidad social y cultural de los países Latinoamericanos (Pereira et. al., 1998). Ante este panorama, las nuevas perspectivas comunicacionales empezaron a brindar un lugar central a los destinatarios de las políticas como actores y productores de sentido, dejando de centrar su estudio en la producción y recepción de los mensajes. El enfoque instrumental de la comunicación iba dejando paso a otro enfoque que centraba su estudio en los procesos de producción de sentidos. Este corrimiento se debe, en parte, a las nuevas teorías propuestas por pensadores latinoamericanos como Barbero (1987), Prieto Castillo (1986) y Kaplún (1985). Barbero fue quien propuso un enfoque que quite la centralidad de los análisis en los medios de comunicación para entender a los actores en sus propios contextos culturales e incorporarlos como capaces de generar, resignificar y disputar sentidos. Con Prieto Castillo (1986) problematizamos el esquema emisor-mensaje-receptor para pensar la comunicación como proceso en totalidad, retomando los conceptos de formación social y marco de referencia. El primero refiere a la articulación de las instancias políticas, económicas e ideológicas dentro de un modo de producción dominante y de las relaciones sociales de él derivadas. El segundo hace alusión el contexto inmediato de la vida cotidiana que se presenta como un campo de análisis de las prácticas sociales, donde se producen, valoran y disputan sentidos sobre la base de la interacción entre las personas. Kaplún (1985), utilizando las propuestas teóricas del pedagogo brasilero Paulo Freire, sistematiza una pedagogía y metodología de la comunicación popular, poniendo énfasis en el proceso comunicativo para formar a las personas y que así puedan transformar su realidad.

Por esos años, además, una nueva corriente denominada la medicina social comenzó a problematizar la salud y propuso comprenderla en términos más amplios como un proceso social de salud-enfermedad-atención que se da en un determinado momento histórico con diversas circunstancias socio-culturales (Testa, 1978; Laurell, 1982; Menéndez, 1988; etc.). A esto se sumaron las reivindicaciones de acuerdos multilaterales, como la Carta de Ottawa en 1986, que plantearon una versión holística de la salud incorporando factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos. Sobre esta base, podemos destacar dos enfoques que han guiado las investigaciones en comunicación y salud (Cuberli s/f). Un enfoque instrumental donde la comunicación juega un papel accesorio en la trama de la salud que busca torcer conductas a través de mensajes efectivos y, otro enfoque procesual en el que la comunicación es parte constitutiva del proceso de salud-enfermedad-atención. Nos inclinamos por este último porque buscamos comprender la relación entre comunicación y salud como un proceso en el cual se advierten los fenómenos sociales y sus prácticas inmersas en un marco cultural que

se desenvuelve en la vida cotidiana. Es por ello por lo que definimos utilizar las representaciones sociales ya que suponen un concepto teórico que arroja luz sobre las formas en que las personas objetivan el mundo y pueden brindar información entre lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social. En otras palabras, "las representaciones sociales constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que se constituyen como sistemas de códigos orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva" (Umaña, 2002: p. 11). En este sentido, las representaciones sociales de quienes difunden asesoran y realizan la práctica contribuyen a indagar sobre el acceso a la anticoncepción masculina puesto que están en contacto directo con usuarios y de manera cotidiana se vinculan con la problemática en cuestión.

Metodología

Para el análisis de las representaciones sociales elegimos una metodología cualitativa de tipo descriptiva. Para ello realizamos un grupo focal con el área de salud sexual y reproductiva del hospital. Esta área brinda información de forma sistemática y planificada sobre los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, formas de violencia, entre otros aspectos. Allí participan cinco trabajadores sociales que ofrecen semanalmente un espacio para el asesoramiento y la difusión de temas vinculados al género y la sexualidad. Por lo tanto, sus experiencias, valoraciones e ideas revisten importancia ya que se encuentran en contacto cotidiano con la problemática. A esto lo complementamos con una entrevista semiestructurada a uno de los urólogos del nosocomio encargado de realizar las intervenciones quirúrgicas. Definimos utilizar estas dos herramientas de recolección y construcción de datos ya que las representaciones sociales emergen en el discurso.

Resultados

Sobre la base de las técnicas realizadas, advertimos que la vasectomía no surge como una unidad individual, sino que regularmente se la asocia con la ligadura de trompas. En esta asociación discursiva aparecen los beneficios de la vasectomía con respecto a la ligadura. Pudimos identificar que la vinculación con la ligadura aparece en reiteradas ocasiones porque, según el área de salud sexual, es una práctica a la cual un varón accede, o al menos pregunta sobre el método, a través del acompañamiento a una consulta de la mujer. Así, sostienen que: *"hay algunos varones que acompañan a sus mujeres en el espacio de planificación familiar y a veces reciben la información de coletazo y revierten"* (Entrevistado 1). Esto coloca al varón en el lugar de acompañante en las decisiones salud sexual, lo cual expresa la construcción diferencial de subjetividades entre hombres y mujeres y, por ende, los modos de atravesar el proceso de salud-enfermedad-atención. Así, se refuerzan los roles socialmente atribuidos a la mujer vinculados al cuidado de la salud

sexual que siguen resonando en los discursos del grupo de profesionales. Así sostienen que la vasectomía es una práctica *"más ambulatoria que la ligadura de trompas. Porque la ligadura de trompas necesita por lo menos un día de internación. Y la vasectomía se hace en un consultorio"* (Entrevistado 4). El médico especialista concuerda sobre esta situación y sostiene que cuando se realiza la vasectomía, un hombre puede estar realizando *"una vida prácticamente normal luego de 48hs"* (urólogo). El profesional sostuvo que la vasectomía en comparación con la ligadura posee *"una resolución más rápida, menos invasiva y que la exposición de ellos es muchísimo menor"*. Respecto a los riesgos sobre las intervenciones, tanto el médico como el área de salud sexual concluyen que, al ser menos invasiva la vasectomía, es menos riesgoso realizar la práctica. En una expresión surgida en el grupo focal, una de las trabajadoras del área sostuvo que *"cuando ven que la exposición de ellos es muchísimo menor que el de la mujer, hacen ese razonamiento de 'no, lo hago yo porque ella ya paso por tres, cuatro partos, cesáreas, entonces ya está ahora me toca a mí'"* (Entrevistada 5). Según las percepciones de especialistas, quienes a diario recogen experiencias en el hospital, evalúan a un varón descentrado de las decisiones de salud sexual que solo comienza a participar activamente cuando la mujer ha tenido una sobreexposición a situaciones de riesgo y, en ese momento, toma la decisión de incorporarse y comprometerse.

Esto nos da el pie para presentar el siguiente resultado que vincula la intervención con la responsabilidad atribuida a las mujeres en la salud sexual. En relación con lo que expusimos en el apartado anterior, desde el área de salud sexual proponen a la vasectomía como una práctica que viene a cuestionar y poner en tensión esa responsabilidad vinculada al rol reproductivo de la mujer y de las decisiones de la salud sexual. Cuando se preguntó acerca de la participación masculina en las decisiones vinculadas a la salud sexual, surgió la idea de que *"culturalmente la responsabilidad sobre la reproducción es de las mujeres"* (Entrevistada 2). Desde el área sostienen que operan cuestiones históricas del machismo que dificultan la realización de la vasectomía. Sobre eso, uno de los entrevistados dijo *"para mí tiene que ver con la historicidad del machismo en la sociedad misma. Sobre todo, teniendo en cuenta que la cuestión de anticoncepción está a cargo de la mujer. Vos mira todos los anticonceptivos que tenes para la mujer y los que tenes para el varón. ¿A quién se responsabiliza de todas estas opciones?"* (Entrevistada 5). Por otro lado, en la entrevista con el médico especialista, no apareció este cuestionamiento sobre dicha responsabilidad. Cuando se le preguntó acerca de las solicitudes de la vasectomía en el hospital argumentó: *"Me imagino que debe ser una combinación, algunas ginecólogas le dirán al marido de la paciente que se la fuera a hacer. Otro la misma mujer, que le dice hacete una vasectomía anda a ver al urólogo"* (urólogo). La afirmación da cuenta que el hombre al que refiere el especialista también está descentrado de las decisiones de salud sexual y solo se incorpora a los cuidados a través de la mujer.

Otro de los resultados de esta investigación refiere a que las percepciones sobre vasecto-

mía consideran casi nulas las barreras institucionales para realizar la práctica. Además, sostienen que es la práctica en salud que menos reticencias tiene. Sin embargo, surge una situación particular cuando el acceso se vincula con la edad y la cantidad de hijos. El especialista, sostuvo que *“alguien que es muy joven y que no tiene hijos, antes que lo repiense ¿no? por el hecho de que esto es algo definitivo. Pero bueno, si siguen insistiendo se hacen”*. A partir de esta expresión podemos sostener que, si la persona no tiene hijos o es muy joven, se intentará inducirla a que no se realice la práctica y a partir de allí, deberá haber una insistencia para realizarse la vasectomía. En este sentido, aún se observan ciertas resistencias a la hora de realizar la práctica a personas jóvenes, a pesar de que la ley garantiza la realización a las personas mayores de 18 años. Esto también revela una asimetría en la relación médico y paciente, una de las concepciones y rasgos del Modelo Médico Hegemónico, ya que se excluyen las decisiones de los usuarios de salud. Las siguientes afirmaciones surgidas del grupo focal pueden sostener aquello que intentamos demostrar: *“Todavía hoy, vos tenes 21 años y venís a pedir una ligadura o una vasectomía y te van a vueltear un poco, te van a decir ‘mira pensalo y volvé el año que viene, usa preservativo’, sobre todo con respecto a la edad tienen bastante resistencia todavía”* (Entrevistada 2). Sobre la base de las valoraciones del acceso por parte de los profesionales de la salud, podríamos identificar que, si un joven cercano a los 21 años sin hijos quisiera realizar una vasectomía, se encontraría con ciertas resistencias por parte del sistema de salud y esto revela que en el acceso a la práctica circulan representaciones que valoran fuertemente la reproducción.

Conclusiones

La construcción de nuestro problema de investigación respecto al acceso a la vasectomía se basó en dos supuestos: los imaginarios creados alrededor de la práctica vinculados a la disfunción sexual que restringen el acceso y la responsabilidad de la mujer en la salud sexual. Respecto del primer supuesto no se destacó ni se hizo demasiado hincapié en las entrevistas realizadas. Creemos que, en parte, esos imaginarios derivados del dispositivo de la masculinidad son difíciles de percibir por el cuerpo de profesionales en la interacción con los usuarios. El segundo de los supuestos vinculado con la responsabilidad de la mujer en los cuidados de salud sexual fue recurrente en las entrevistas realizadas a trabajadores del área de salud sexual y reproductiva. De acuerdo con sus discursos, pudimos exhibir que el varón en general acompaña a la mujer a las instancias de consejería y solo allí comienza a problematizarse y preguntarse sobre su participación en la salud sexual. En esta misma dirección pudimos establecer, según las percepciones del equipo de profesionales, que las representaciones sociales sobre la vasectomía configuran a un varón descentrado de las decisiones de salud sexual y reproductiva que solo comienza a participar activamente cuando la mujer ha tenido una sobreexposición a situaciones de riesgo. Creemos que es necesario involucrar a los hombres en la vida sexual y (no) repro-

ductiva para un ejercicio más equitativo de la sexualidad. Por otro lado, las percepciones sobre el acceso a la vasectomía estaban mediadas por dos condicionantes: uno referido a la edad de quien solicita la práctica y otro a la cantidad de hijos que posee. Así, en los discursos aparecen ciertas resistencias a la hora de garantizar el acceso a varones cuya edad se aproxima a los 21 años y no poseen hijos. Podemos decir que los médicos aún valoran fuertemente la reproducción. Salvo estas excepciones, los profesionales están de acuerdo en que la vasectomía es un método que no tiene barreras institucionales y que, de las prácticas en salud, es la que menos resistencias posee.

Referencias bibliográficas

- ABASCAL CASTAÑEDA, I. (2006). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuidas al género.
- BARBERO, J. M. (1987). *De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili S.A.
- BELTRÁN, L. R (1998). Salud pública y comunicación social. *Revista Chasqui*, N° 51. pp. 33-37.
- BROWN, L. (2009). "Los Derechos (No) Reproductivos y Sexuales En Los Bordes Entre Lo Público y Lo Privado. Algunos Nudos Del Debate En Torno a La Democratización de La Sexualidad." *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 0(2):10-28.
- BUTLER, J. (1990). *El Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós
- CUBERLI, M (s/f). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question*, 1(18).
- FABBRI, L (2015). "¿Qué (no) hacer con la masculinidad? Reflexiones activistas sobre los límites de los 'colectivos de varones/grupos de hombres'", ponencia presentada en el V Coloquio de Estudios de Varones y Masculinidades. 14-16 enero, Santiago de Chile.
- (2019). Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas. En "Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Tinta Limón, 2019. (101-123)
- FABBRI, L et al. (2018). "La ola feminista cuestiona la masculinidad", en *La Cuarta Ola Feminista*. Buenos Aires: Oleada / Mala Junta. ISBN 978-987-42-9772-3.
- FOUCAULT, M (1989), *Historia de la sexualidad*, México, Siglo XXI, 3 vols.
- GALOVICHE V. (2018). *Masculinidades y Salud: miradas desde los agentes ejecutores del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de San Juan*.

KAPLÚN, M. (1985). *El comunicador popular*. Ecuador: Ediciones CIESPAL

LAUREL, A. C (1982). Crisis y salud en América Latina. *Cuadernos Políticos* 33, pp. 32-45. México D.F., ed. Era

PEREIRA, J. M. & BONILLA, J. I & BENAVIDES J. E (1998). La comunicación en contextos de desarrollo: balances y perspectivas. *Revista signo y pensamiento*. N° 32 (17), pp. 119-138.

Prieto Castillo, D (1986): La comunicación como proceso en totalidad. En: *Diagnóstico de comunicación*. Quito, CIESPAL

MENÉNDEZ E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.

TESTA, M (1978). ¿Atención primaria o primitiva? Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978.

UMAÑA, S (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de ciencias sociales* 127. Costa Rica, FLACSO.