

Género, salud y poder: una aproximación a la salud de los varones cis

Mariana Rosende

Introducción

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación al campo de la salud desde la perspectiva de género. Específicamente, se trabajará acerca de la salud de los varones cishetero y el modo en que la socialización en el marco de la Masculinidad Hegemónica tiene efectos en las formas de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos y morir. Para ello, se realizará un recorrido bibliográfico por distintos autores y estudios acerca de la temática, que permita dar cuenta de los atravesamientos de género en la salud de los varones y que incluya el modo de percibir el propio cuerpo y de enfermar, así como también los efectos en los agentes sanitarios y en la atención en salud de las construcciones sociales acerca de la masculinidad.

En primer lugar, se comenzará desplegando las nociones de género, de masculinidad y de Masculinidad Hegemónica. Luego, se abordará la definición de salud integral en contraposición al Modelo Médico Hegemónico, para considerar los atravesamientos y sesgos de género en el campo de la salud. Por último, a partir de considerar los atributos y mandatos de la Masculinidad Hegemónica y su posición en las relaciones de poder se desarrollarán sus incidencias y atravesamientos en la salud de los varones, en la atención en salud y, brevemente, en la salud de las mujeres.

Desarrollo

La noción de género

El concepto de género, acuñado por la teoría feminista, permitió el florecimiento de una serie de análisis cuyo objetivo fue desmontar los estereotipos y roles históricamente asignados a mujeres y varones (Maffía y Cabral, 2006), que eran explicados mayormente como una suerte de esencia “natural” y se los suponía originados en una realidad biológica. El género fue definido con cierto consenso como un conjunto de atributos y funciones constituidos social y culturalmente, adjudicados a los sexos para justificar las diferencias y desigualdades entre ellos (De Keijzer, 2003). En otras palabras, el género correspondería así a una lectura cultural del sexo biológico (Maffía y Cabral, 2003).

Resulta fundamental poner de relieve cómo la distinción entre sexo y género como articuladora de la teoría feminista aportó al entendimiento de los sujetos, en tanto productos de una socialización, en lugar de como determinados por sus

diferencias anatómicas (Fabbri, 2019). Sin embargo, esta radical separación produjo, a su vez, el no cuestionamiento de la diferencia sexual y la reducción del proceso biológico de la sexuación a sólo dos sexos, definidos únicamente a partir de la genitalidad y sin considerar incluso otros factores biológicos, como las diferencias fisiológicas y cromosómicas. Estas lecturas tendieron a constituir al cuerpo y al sexo como materialidades inmutables, como superficies pasivas y neutrales sobre las que recaen los significados culturales (Butler, 2016) y a reforzar una concepción binaria de la sexualidad, que naturaliza las categorías de mujeres y varones unidos por un vínculo heterosexual (Fabbri, 2019).

Es en este sentido que autores contemporáneos, retomando mayormente los planteos de Judith Butler (2016), proponen considerar el carácter generizado del “sexo” y entender su carácter binario y dicotómico como una lectura ya cargada de género, entendido éste como un aparato de producción discursiva y cultural (Butler, 2016), y no sólo como un conjunto de atributos socialmente construidos. Esto permite hacer lugar a cómo los discursos y mecanismos de poder producen los límites y las superficies de los cuerpos a partir del sistema binario de género, lo cual no resulta ajeno al momento de pensar su relación con la salud.

Por otro lado, a partir de reflexionar acerca de los roles y atributos histórica y socialmente asignados a varones y mujeres, Maffía (2008) define el modo de construcción de los estereotipos culturales acerca de lo masculino y lo femenino. La autora sostiene que dichos estereotipos se presentan como pares de conceptos dicotómicos, es decir, como conceptos opuestos, exhaustivos y excluyentes (por ejemplo, objetivo – subjetivo, universal – particular, mente – cuerpo). Destaca que este par de conceptos y atributos se encuentra sexualizado y jerarquizado, por lo que se asocia a lo masculino y a lo femenino con cada extremo del par, respectivamente, y se ubica lo masculino por sobre lo femenino. Esto refuerza la subordinación de las mujeres y las desigualdades de género en el marco de las sociedades patriarcales y sostiene una división binaria de los sexos, como se mencionaba anteriormente. La naturalización de estas dicotomías sexualizadas tiene efectos en las formas de interpretar la realidad y describe no solamente a los comportamientos individuales de los sujetos, sino también a las distintas formas de organización social. Así, se asocia a la ciencia y a la política, por ejemplo, al lado masculino del par (Maffía, 2008), lo que tiene consecuencias concretas en el modo de comprenderlas y ejercerlas, así como también en los sujetos que producen. Esto nos dará lugar a considerar también el modo en que los dispositivos y las prácticas en salud se ven estructurados y estructuran dichas dicotomías.

Masculinidades y Masculinidad Hegemónica

A partir de la década del 80, comienzan a desarrollarse investigaciones que se enmarcan en los llamados Estudios de las Masculinidades y que incorporan las contribuciones del feminismo a la comprensión del género (Viveros Vigoya, 1997).

Benno De Keijzer (1997) define a la masculinidad como aquellos atributos, valores y funciones que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. La Masculinidad Hegemónica, por otro lado, correspondería a la forma hegemónica de socializar a los hombres, que los presenta como esencialmente dominantes y que subordina a las mujeres. Esta forma de socialización se constituye como un modelo de referencia que establece presiones y límites que intervienen en la vida de hombres concretos (De Keijzer, 1997).

Por otro lado, Luis Bonino Méndez (2003) sostiene que la masculinidad es una configuración normativizante y naturalizada, derivada de la cultura patriarcal, relacionada con la voluntad de dominio y de control. El autor introduce el concepto de Masculinidad Hegemónica y los discursos que forman parte de ella en “Masculinidad Hegemónica e Identidad Masculina” (2003). Ésta “es una estructura simbólica – arbitraria -, compuesta por un conjunto de mitos, creencias y significados sobre el ser hombre, que nos indica cómo tiene que ser un hombre ‘auténtico’” (Bonino Méndez, 2003, p.10).

Por su parte, Connell (1995) propone pensar la masculinidad como un producto histórico y como un concepto relacional, definido en contraste con la feminidad: es decir, definir la masculinidad por su posición en las relaciones de género y por las prácticas que comprometen a varones y mujeres en esas posiciones y que tienen efectos en la experiencia corporal, la subjetividad y la cultura. De este modo, la Masculinidad Hegemónica no correspondería para Connell (1995) únicamente a un conjunto de atributos, ya que el modelo de masculinidad no es fijo ni es idéntico en todas las sociedades, culturas y momentos históricos, pero se corresponde con aquella que ocupa la posición hegemónica dentro de las relaciones de género.

En relación a esto, Luciano Fabbri (2019), siguiendo a autores como Bonino (2013) y Aspiazu (2017), propone pensar las masculinidades no sólo en función de su constitución identitaria o de sus atributos dominantes, sino por su legitimación en las posiciones jerárquicas y por el ejercicio de los privilegios de género en el marco de las relaciones de poder. Esta idea no desconoce la existencia de un arquetipo de masculinidad que se considera la medida de lo normal, ni implica desestimar las relaciones entre subjetividad y poder, sino que pone de relieve cómo los atributos y mandatos de la Masculinidad Hegemónica pueden variar en las distintas culturas, contextos, regiones y momentos socio-históricos sin que se cuestione su posición

jerárquica y la legitimidad de su ejercicio de poder sobre otras identidades sexo-genéricas.

Al respecto, Viveros Vigoya (1997) pone de manifiesto la importancia de considerar las particularidades de la construcción de la masculinidad en contextos latinoamericanos, donde se produjeron en las últimas décadas profundas transformaciones de las sociedades, fundamentalmente en lo concerniente al crecimiento de las poblaciones urbanas, a la incorporación masiva de las mujeres a los mercados de trabajo y al avance de los movimientos feministas en la región.

Definir la Masculinidad Hegemónica para pensar su relación con la salud de los sujeto socializados e identificados como varones supone tomar en cuenta tanto las normas y mandatos de género vigentes en una sociedad y un contexto dados, como la posición jerárquica de los varones en las relaciones de género, que garantiza y sostiene el ejercicio de poder, por cuanto ambos aspectos se entrelazan y modifican mutuamente.

Género, salud y Modelo Médico Hegemónico

La OMS (1978) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). Es decir, adopta una concepción de la salud como integral, que tiene en cuenta sus múltiples condicionantes y factores, y la ubica como un derecho humano fundamental. En relación a lo mencionado anteriormente, pensar el género como un modo de ordenamiento de la práctica social (Connell, 1997) implica también considerar el modo en que las relaciones de poder y de género atraviesan las instituciones y todas las relaciones sociales y, por lo tanto, operando como determinantes de la salud.

Aquí, cabe introducir la noción de Modelo Médico Hegemónico en tanto discurso de poder. Éste es definido por Menéndez (1988) como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, que ha logrado establecer como subalternas a otro conjunto de prácticas, saberes e ideologías, hasta identificarse como la única forma legitimada de atender la enfermedad (Menéndez, 1988). Este modelo se caracteriza por una concepción de salud que prioriza las características biológicas y físicas de los individuos, sin remitir a otros atravesamientos y su relación con el proceso salud-enfermedad. “Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico” (Menéndez, 1988, p.). El saber médico y biologicista es jerarquizado sobre los saberes sociales, históricos y culturales, los cuales permanecen invisibilizados y se refuerzan además las asimetrías de poder entre los profesionales de la salud y sus usuarixs.

Al respecto, Elisabet Tasa Vynials, Marisol Mora-Giral y Rosa María Raich-Escursell (2015) alertan sobre el uso del cuerpo del conocimiento médico como herramienta biopolítica, para el mantenimiento del orden heteropatriarcal. Un modelo que se caracteriza por el dominio de una concepción ahistórica (Menéndez, 1988) de los cuerpos, establece sus alianzas con un sistema patriarcal que define a los sujetos en función de su genitalidad, reduciendo las posibilidades identitarias y considerando a lo biológico como una materialidad inmutable pero determinante (Fabbri, 2019).

Un modelo dominante que sólo reconoce las características biológicas de los sujetos, pasa por alto, entre otros atravesamientos sociales, la construcción social del género y el impacto que ésta tiene en todas las esferas de la vida, incluyendo la salud. Las autoras mencionadas parten de retomar la definición de salud integral para plantear cómo las construcciones psicosociales que conforman el género de una persona se hallan en la base de su estado de salud o de enfermedad (Tasa Vynials et al, 2015). Esto, sostiene, tendrá consecuencias no sólo en las formas de enfermar de los sujetos, sino también en la investigación médica y en la práctica clínica.

En este sentido, ponen de manifiesto la existencia de sesgos de género en la medicina, definidos como “la existencia de un error sistemático que deriva en resultados equivocados” (Tasa Vynials et al, 2015, p. 16), que se expresan en la investigación médica, sobre todo, en la exclusión sistemática de las problemáticas y las experiencias de las mujeres. Esto se encuentra íntimamente relacionado con el modo de ejercer la práctica clínica, que toma como parámetro a la normalidad masculina.

Sobre esto, cabría preguntarse a qué normalidad se hace referencia al pensar en la “normalidad masculina”, entendiendo que un Modelo Hegemónico de Masculinidad invisibiliza la existencia de otras subjetividades masculinas que no se correspondan con el proyecto de varón cis, blanco, heterosexual, occidental, joven y que una concepción de la salud desde el Modelo Médico Hegemónico tenderá también a borrar esas distinciones entre los mismos sujetos varones o masculinos.

Los sesgos producidos en la práctica clínica se relacionarían mayormente con las diferencias en la praxis o en el diagnóstico, tratamiento y asistencia sanitaria que no son justificables según la evidencia científica existente (Tasa Vynials et al, 2015). Esto da lugar a una atención inadecuada de lxs usuarixs en función de su género (o de otros factores sociales), ya sea por brindar un trato diferencial, naturalizando las diferencias entre los géneros, o por brindar la misma atención utilizando el mismo parámetro de normalidad, sin tener en cuenta los atravesamientos de género e invisibilizándolos.

Si bien estos sesgos en la atención suelen perjudicar mayormente a las mujeres (Tasa Vynials et al, 2015) y a otras identidades disidentes, que muchas veces no suelen ser reconocidas y que suelen verse vulneradas, es importante considerar que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención de ambos grupos genéricos (Tajer, 2012).

La salud de los varones

Benno De Keijzer (1997) propone en su texto “El varón como factor de riesgo” la hipótesis que vincula la socialización masculina tradicional con una serie de problemáticas en salud, analizando los costes de la Masculinidad Hegemónica sobre los sujetos varones, para plantear a la socialización masculina como un factor de riesgo para sí mismos, para mujeres y niños y para otros varones.

Por otro lado, Luis Bonino Méndez (2003) menciona distintos valores que caracterizan la Masculinidad Hegemónica y resalta cómo la vida de quienes adhieren a dicho proyecto hegemónico de masculinidad está atravesada, sobre todo, por el control, el riesgo y la competitividad. Sostiene que las vidas de los varones cis están guiadas por la lógica del éxito y el fracaso y que jerarquizan valores como la autosuficiencia, la represión emocional y la omnipotencia, lo que produce prácticas en los varones que se caracterizan por la desvalorización de la prudencia, la exposición al riesgo, el déficit en el auto cuidado y una relación particular con el propio cuerpo.

Siguiendo a Connell (1995), vale la pena reflexionar además acerca del modo en que los varones, en tanto género dominante, sostienen el uso de los medios de violencia como medio legítimo de ejercicio de su supremacía. La violencia funciona muchas veces como forma de sostenimiento de la dominación sobre las mujeres, pero también como una transacción entre hombres, ya que puede ser la forma de exigir o afirmar la masculinidad en contextos grupales.

Por su parte, Mabel Burín (2000) plantea que en la cultura occidental moderna, al reservarle a los varones el ámbito de lo público y de la racionalidad, se produce en los varones una despersonalización de su propia experiencia. Esto quiere decir varones que, en rasgos generales, no se perciben a sí mismos de una manera íntima y personal, sino que se distancian de su propia emocionalidad. Lo que suele suceder, afirma la autora, es que aquello que tiene que ver con los sentimientos se percibe como una amenaza y como algo que escapa a su control, que proviene de su “naturaleza animal” (Burín, 2000). Se produce así una relación muy particular con la corporalidad.

La sexualidad se concibe desde esta perspectiva como una fuerza o “necesidad irresistible” (Burín, 2000) que les viene del cuerpo, el cual es entendido

desde una óptica mecanicista, como algo que puede ser entrenado y disciplinado. Se concibe como escindido de la mente, con sus propias necesidades y como aquello que el hombre debe regular, en el mejor de los casos, desde su racionalidad (Burín, 2000). Además de las implicancias que esto trae para los vínculos sociales, es importante considerar que se produce tal distanciamiento del propio cuerpo que éste es sólo tenido en cuenta una vez que falla. Y esto, en la mayoría de los casos, produce reacciones de temor o enojo ante aquello que no funciona. La autora retoma a Seidler, quien plantea que los varones acuden al médico no para entender su cuerpo, para conocerlo o para prevenir, sino únicamente para deshacerse de los síntomas que aparezcan.

La predominancia en la sociedad occidental del Modelo Médico Hegemónico, con una concepción dominante que trata al cuerpo y la mente como entidades separadas, y que divide también razón y emoción, refuerza y reproduce estas lógicas masculinas. Para estas tradiciones, las emociones no son más que una distracción para la racionalidad y el pensamiento, por lo que los varones terminan por desconectar ambas partes de la experiencia humana (Burin, 2000). Por el contrario, persiste cierta creencia de que son las mujeres quienes deben comprometerse con la emocionalidad, ya que tendrían una cierta aptitud natural para cuidar y sostener las relaciones emocionales, reforzando la naturalización de atributos dicotómicos (Maffía, 2008).

Los estudios realizados por Bonino Méndez (2011) y Benno de Keijzer (1997) ponen de relieve la forma en que las prácticas que implican la afirmación de la masculinidad dan lugar a una alta exposición al riesgo, a comportamientos dañinos para sí mismos y a una relación con el cuerpo que dificulta el autocuidado y la detección temprana de enfermedades.

Bonino Méndez (2011) brinda un desarrollo acerca del vínculo de los hombres con el sistema de salud al plantear a la Masculinidad Hegemónica como un obstaculizador para el acceso. Por un lado, hace referencia a la dificultad en la detección del propio malestar y los signos de alarma. Pero, además, da cuenta de cómo la exigencia de estar en control de sí y de otros genera en los hombres un retraso en el afrontamiento del propio malestar y una dificultad para pedir ayuda. Sostiene que el dolor suele ser percibido como una amenaza incontrolable y que genera dificultades en la gestión de las propias emociones, que suelen ser expresadas mayormente a través del enojo, la culpabilización de otros o el ensimismamiento. Por ello, suelen retrasar la consulta médica, ya que esto se presenta como un fracaso de su propia autosuficiencia. Más aún, el sostenimiento de las posiciones de poder y dominio tiene muchas veces efectos en la dificultad de seguir las indicaciones médicas y en la adherencia a los tratamientos. Lo que termina por suceder es que los hombres

interactúan con el sistema médico de forma muy episódica, cuando el problema se encuentra muy avanzado.

Por otra parte, plantea la relación existente entre el modelo de masculinidad, que resalta características como la agresividad, la autosuficiencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias y las principales causas de “sobremortalidad masculina” y de la precocidad de la mortalidad masculina (Bonino Méndez, 2003). En este sentido, se observa que las principales causas de muerte de varones entre 15 a 24 años corresponden a accidentes, homicidios, suicidios y situaciones de violencia (Bonino Méndez, 2011). Es posible pensar la relación entre ello y las prácticas poco saludables de consumo, en que la prudencia debe ser desvalorizada como afirmación de la propia identidad y en cómo el distanciamiento de las propias emociones y el mandato de represión de las mismas da lugar, en ocasiones, a depresiones no tratadas, consumos problemáticos y el ejercicio de la violencia (Bonino Méndez, 2011). Por otro lado, se observa que en varones de 35 a 54 años (Bonino Méndez, 2011), las causas de muerte se deben principalmente enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. Aquí cabe preguntarse cómo afecta la posición masculina negadora de la propia vulnerabilidad y el escaso registro del propio cuerpo, que lleva a que los hombres retrasen mayormente las consultas en salud, llegando a los servicios de atención con enfermedades avanzadas y en estados de complejidad. Siguiendo a Tajer (2012), lo que puede desprenderse de estos breves resultados es cómo se relacionan las problemáticas de los varones con los costos de poder sostener o no la hegemonía.

Además, el estereotipo del varón como proveedor, que se sostiene pese a la incorporación de las mujeres al mundo del trabajo, también genera perfiles epidemiológicos específicos por sobrecarga laboral y por el empeoramiento de las condiciones laborales (Tajer, 2012). La sanción sobre los varones que no cumplan con dicho rol y los mandatos existentes, relacionados con la voluntad del “aguante” (De Keijzer, 2003), produce un empeoramiento de las condiciones de salud que pocas veces es reconocido.

La atención en salud

Luego de este recorrido, resulta interesante reflexionar acerca de cómo estos valores y atributos asociados a lo masculino tienen incidencia en la asistencia en salud, pudiendo generar sesgos en la práctica clínica (Tasa Vynials et al, 2015), en los dispositivos de atención y hasta en la realización de campañas y políticas en salud.

Bonino Méndez (2011) alerta sobre la naturalización de la ausencia de varones en el sistema de salud y menciona la existencia de una ceguera institucional a las

necesidades masculinas: destaca el déficit de oferta de servicios de salud, de estrategias específicas de promoción, captación y retención de los varones en el sistema sanitario. Aquí, nuevamente, puede observarse cómo el sistema de salud pensado desde un Modelo Médico Hegemónico se alía con el discurso patriarcal para sostener la idea de que el varón “se arregla solo”, invisibilizando a varones concretos que son atendidos en la medida en que su salud se presente como un factor de riesgo (Fabbri, 2019). Por otro lado, persiste la creencia de que la sexualidad de los hombres es instintiva y por lo tanto no tendría sentido intentar socializar a los varones respecto de actitudes preventivas a través de los servicios de salud (De Keijzer, 2003).

Sin desestimar los cambios sociales producidos en los últimos años, interesa también considerar cómo estos modos de atención refuerzan las dicotomías y los estereotipos binarios de género. Los mandatos de la Masculinidad Hegemónica tienen también un impacto en la salud de las mujeres, quienes en general son las encargadas de los cuidados de la salud de los varones cuando enferman, así como también de adoptar prácticas preventivas de autocuidado, frente a los cuidados negligentes de los hombres, por ejemplo, en la prevención de ITS y embarazos no intencionales (Fabbri, 2019). Es aquí donde cobra importancia un abordaje de los espacios de salud que no se dirijan únicamente al cambio de las conductas que implican costes para la masculinidad, relacionada con cambios identitarios que darían lugar a “nuevas masculinidades”, sino también a pensar cambios en las desigualdades de poder y a pensar la salud de los varones de modo relacional (Fabbri, 2019).

Reflexiones finales

A partir de este breve recorrido, que no se pretende exhaustivo, fue posible vincular el modelo binario de género y la socialización de los varones en el marco de la Masculinidad Hegemónica con problemáticas específicas y determinadas formas de enfermar y de acceder a los sistemas de salud, así como con sus efectos en la atención sanitaria de los varones. Pensar al género como un conjunto de normas y discursos culturales que moldea los cuerpos, así como también las prácticas y las formas de organización social, permite dar cuenta de cómo se entrelazan los discursos de poder. En este sentido, el sistema patriarcal se alía con el sistema biomédico dominante y se borran las diferencias subjetivas y los contextos socio-históricos de su producción, al sostener ambas formas binarias, dicotómicas y biologicistas de construcción. Considerar los atravesamientos entre masculinidades y salud tendrá no sólo efectos en los varones particulares, sino también en las instituciones que sostienen lógicas masculinas de ejercicio de poder y que invisibilizan y naturalizan las experiencias de otras identidades sexo-genéricas.

Referencias bibliográficas

- Bonino Méndez, L. (2003). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. En *Dossiers Feministes*, 6, (pp. 7-36).
- Bonino Méndez, L. (2011): "Salud, varones y masculinidad", en J. A. Lozola y J. M. Bedoya (comps.), *Voces de hombres por la igualdad*, Ed. Chelma Espada. Disponible en: <https://vocesdehombres.wordpress.com/salud-varones-y-masculinidad/>
- Burín, M. (2000). Construcción de la subjetividad masculina. En M. Burín y I. Meler, *Varones. Género y subjetividad masculina* (pp. 123-147). Buenos Aires: Paidós.
- Connell, R. (1995). La organización social de la masculinidad. En T. Valdes y J. Olavarría, *Masculinidad/es: poder y crisis* (pp. 31-48). Chile: Ediciones de las Mujeres Nro. 24.
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, Salud mental y Salud Reproductiva. En E. Tuñón (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa
- De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, (137-152)
- Fabbri, L. (2019). Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas. En *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización* (101-124). Buenos Aires: Tinta Limón.
- Maffía, D. (2008) *Contra las dicotomías. Feminismo y epistemología crítica*. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Buenos Aires.
- Maffía, D. y Cabral, M. (2003). ¿Los sexos son o se hacen? En Maffía, D. (comp). *Sexualidades migrantes: género y transgénero* (pp. 86-96). Buenos Aires: Feminaria Editora
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud (451-464). Buenos Aires.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer (comp.), *Género y Salud. Las Políticas en acción* (pp. 17-36). Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Tajer, D., et al (2014) Barreras de género en la prevención cardiovascular: Actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. *Rev. Argent Salud Pública*; 5(21): pp. 14-23
- Tasa Vynials, E., Mora-Girai M. y Raich-Escursell R. (2015) Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom*, n° 113, pp. 14-25.
- Viveros Vigoya, M. (1997). Los estudios sobre lo masculino en América Latina: una producción teórica emergente. *Nómadas (Col.)*, n° 6. Bogotá: Universidad Central.