

# **La pandemia como condición de posibilidad. Proceso de gestión de una nueva área de Promoción y cuidados en una tradicional área biologicista del gobierno de “lo sanitario”.**

Agostina Gieco y MALENA BASILIO.

Cita:

Agostina Gieco y MALENA BASILIO (2021). *La pandemia como condición de posibilidad. Proceso de gestión de una nueva área de Promoción y cuidados en una tradicional área biologicista del gobierno de “lo sanitario”*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/578>

**XIV Jornadas de Sociología. Sur, Pandemia y después. 1 al 5 de Noviembre de 2021**

MESA 236 | El campo de la salud y el lugar de lxs sociólogxs en la pandemia de COVID: de la “imaginación sociológica” a la praxis en políticas, proyectos y acciones en salud (ET: Pandemia) | Eje 5

**La pandemia como condición de posibilidad. Proceso de gestión de una nueva área de Promoción y cuidados en una tradicional área biologicista del gobierno de “lo sanitario”.**

**Resumen:** En los intersticios y latencias de la gestión pública durante la emergencia de la pandemia, se consolidó un proyecto de una nueva área de Promoción y cuidados en una dirección de política sanitaria signada por tradiciones militaristas, panamericanistas, higienistas, biologicistas y biomédicas, enfermológicas y asistenciales.

El presente trabajo documenta la experiencia de gestión de dicho proyecto, que aún está desplegándose, a través de los siguientes componentes: a) diversos dispositivos de articulación y trabajo en red; b) diseño de políticas con organizaciones de personas que viven con padecimientos de la órbita de competencias de la gestión; c) la revisión en clave de la Salud Colectiva y epidemiología críticas de los preceptos y modos de comunicar (entendiendo la dimensión comunicacional de la política como espacio simbólico de producción y circulación de sentidos sociales y en su dimensión de inteligibilidad de fenómenos sociales (Petracci y Zoya: 2018) (en lo manifiesto y en lo silenciado); d) el trabajo desde perspectivas transversales de géneros y disidencias, derechos humanos en salud e interculturalidad crítica y e) una revisión crítica del proceso de producción de la política de salud (diseño, implementación y evaluación de la política de salud).

**Autoras:** Malena Basilio (Psicóloga y periodista), Agustina Gieco (socióloga de la salud, Posgrado RIEPS), docentes UBA y trabajadoras del Ministerio de Salud de la Nación.

Mail: [malenabasilio@gmail.com](mailto:malenabasilio@gmail.com) / [agosgieco@hotmail.com](mailto:agosgieco@hotmail.com)

## **1 - Introducción**

En el período comprendido entre marzo de 2020 y marzo 2021 se desarrollan diversas acciones cuya sinergia (planificada, no meramente emergente ni sólo contingente) derivan en la consolidación de un área nueva de gestión dentro de una Dirección que nuclea diversos

programas y áreas temáticas nombradas según el “agente” patógeno transmisor de determinadas enfermedades.

En los intersticios y latencias de la gestión pública durante la emergencia de la pandemia se consolidó un proyecto de una nueva área de Promoción y cuidados en una dirección de política sanitaria signada por tradiciones militaristas, panamericanistas, higienistas, biologicistas y biomédicas, enfermológicas y asistenciales (Basile, 2018; Brehil; 2011).

El presente trabajo documenta la experiencia de gestión de dicho proyecto, que aún está desplegándose, a través de los siguientes componentes: a) diversos dispositivos de articulación y trabajo en red; b) diseño de políticas con organizaciones de personas que viven con padecimientos de la órbita de competencias de la gestión; c) la revisión en clave de la Salud Colectiva y epidemiología críticas de los preceptos y modos de comunicar (entendiendo la dimensión comunicacional de la política como espacio simbólico de producción y circulación de sentidos sociales y en su dimensión de inteligibilidad de fenómenos sociales (en lo manifiesto y en lo silenciado) (Petracci y Zoya: 2018) ; d) el trabajo desde perspectivas transversales de géneros y disidencias (Esteban ML, 2006; Pautassi, 2010), derechos humanos en salud (Menéndez, 1986; Tognoni, 2015 y Aizenberg, 2014) e interculturalidad crítica (Walsh C, 2002 ) y e) una revisión crítica del proceso de producción de la política de salud (diseño, implementación y evaluación de la política de salud) (Basile; 2020).

Desde el punto de vista metodológico esta sistematización de experiencia, narrada en primera persona por quienes llevamos adelante estos procesos, está estructurada en: 1- Introducción; 2- Antecedentes; 3- Principales Dispositivos y marcos conceptuales; 4- Conclusiones preliminares

## **2- Antecedentes**

Hemos realizado algunas reflexiones preliminares en *¿Es posible una estrategia de promoción y cuidados en el nivel central de gestión en salud?* GIECO, A y BASILIO, M (2021)<sup>1</sup> desde lo cual partimos para el presente escrito.

Entre los diversos *núcleos problemáticos identificados* al momento de planificar subrepticamente este área, destacan:

---

<sup>1</sup> *¿Es posible una estrategia de promoción y cuidados en el nivel central de gestión en salud?* GIECO, A y BASILIO, M (2021) XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.

- a) tradiciones reificadas en las prácticas, discursos y su traducción en ciertos horizontes de (im)posibilidad de la agencia transformadora
- b) malestares subjetivos y objetivos en los trabajadores de diversas áreas
- c) recortes de presupuesto
- d) violencias manifiestas y latentes (de género, de mandos intermedios hacia trabajadores de terreno, económica en términos de cómo se plantean determinados procesos de trabajo en “comisiones”, etc)
- e) biologicismo general y control/mitigación orientada por caracteres biológicos de los insectos (Brehil, 2011; Basile, 2018)
- f) la ausencia de enfoque integral epidemiológico (incluso por detrás de los términos planteados por la vigilancia clásica); frágil gestión-monitoreo de procesos de adquisición/distribución/consumos de determinados insumos; falta de integralidad de los abordajes dentro de la misma dirección (ni siquiera planteado o construido como un “problema” con la marcada ausencia de una fuerza centrípeta por los ámbitos de producción académica que tienden a sub-recortar cada vez más sus propios núcleos disciplinarios y de intervención y donde el rol de los organismos internacionales de salud redundan en un mero consignismo), redes de laboratorio y redes de atención no del todo integradas.
- g) gestiones se suceden en poco período de tiempo y cada cambio es prácticamente un re-comienzo, donde los primeros seis meses a un año se debe explicar las características del área así como la información disponible a cada nuevo tomador de decisión
- h) subáreas temáticas abandonadas sin fundar ello en algún tipo de decisiones o balances técnico-administrativos o de otra índole.
- i) ausencia de trabajo conjunto en diseño, automonitoreo y evaluación de los equipos de trabajo en la cartera nacional
- j) promoción y prevención exclusivamente en la línea de la HNE (en los términos del planteo clásico de Leavell y Clark, 1965)
- k) biomedicina de consulta externa
- l) en áreas “sensibles” y/o que es tomado por medios de difusión masiva, directamente un manejo desde las áreas de Presidencia y afines, desde una comunicación tributaria del paradigma de conducción de conductas individuales
- m) Ausencia de perspectiva de géneros y disidencias, derechos humanos e interculturalidad crítica transversalizadas
- n) Sin equipos de trabajo que tomen determinación ambiental ni sociocultural de los padecimientos

Si bien como equipo de trabajo que se plantea estas discusiones no sobrepasamos el promedio de 4 años de antigüedad, la sinergia entre disciplinas y recorridos permitió que se conformara una equipa feminista de trabajo integrando disciplinas: sociología, psicología, biología, biología molecular, etc con el autocuidado como principio interno y la tendencia a redes de cuidados continuos desverticalizados, como norte estratégico.

A la luz de los años recorridos es que se pudieron sistematizar estos núcleos críticos, y seguramente mientras esto acontece somos nosotras mismas fundantes de otros núcleos críticos. Por eso la planificación, monitoreo y evaluación también se nos presentó desde el comienzo como un eje clave, para poder reflexionar en torno a nuestras prácticas y reorientar las formas de trabajo e intervención.

Así es como las primeras planificaciones generales centralizadas por nosotras mismas, tenían tintes enfermológicos (en el sentido planteado por Edmundo Granda; 2004) y de una suerte de obediencia debida con las agencias internacionales de salud.

Sucede que más allá de las visiones y apuestas críticas, nuestro lugar como trabajadoras no en puestos de mando, contiene múltiples contradicciones. Algunas de ellas:

- a) Debemos “rendir” indicadores a las agencias internacionales construidos sobre las bases epistemológicas y políticas de la Salud Global Liberal (Basile, G; 2018)
- b) Un mercado de medicamentos al compás del Complejo Médico Industrial Farmacéutico y asegurador (Feo, Oscar; 2020)
- c) Los propios rígidos límites de los “organigramas” que si bien buscamos sortear constituyen una determinación institucional de toda la historia de organización de la respuesta socio sanitaria (García J.C, 2016; Basile, 2020)
- d) Mientras los equipos técnicos podamos tener el *optimismo de la voluntad* o apropiarnos de los aportes de Emerson Merhy, Juan Batista (2016) que recogen el espíritu de los trabajos de G. Deleuze y F. Guattari, a la vez, ese accionar encuentra límites en el modelo de asistencia y respuesta sanitaria vinculado al modelo de acumulación. Esto se expresa por ejemplo (además de lo referido en cuanto a insumos de las “tecnologías duras” para ponerlo en términos de E. Merhy (2006)) en la alícuota que se contribuye desde estos programas al daño al ambiente o relación metabólica destructiva con la naturaleza (tal como Breilh recupera esta formulación del propio Marx) (desde el uso de insecticidas, pasando por la resistencia que generan en los insectos, el mal manejo de residuos obsoletos contaminantes, etc)

Esto nos permitió sacar algunas lecciones o reflexiones para encauzar prácticas dentro de un proyecto estratégico:

Entre el *pesimismo de la razón y el optimismo de la voluntad*, si bien observamos límites en actuar de acuerdo sólo a los preceptos de formas de autonomismo en salud de inspiración *Deleuziana, Tardeana y Leibniziana* (es el caso de los aportes de Merhy recuperando el Clásico “mil mesetas” o la construcción de artefactos como dispositivos para crear algunas contratendencias al interior de los modelos de funcionamiento fordistas-tayloristas y Flexnerianos en salud) optamos por generar una estrategia de dispositivos pero que irradian la discusión permanente de los límites del MMH (Menéndez, 2005), las lógicas de trabajo basadas sólo en procedimientos (técnicas de laboratorio, etc), y que se planteen por la positiva horizontes ideológicos-políticos para cualquier intervención en cualquier nivel político administrativo y en cualquiera de las escalas predefinidas por el modelo enfermológico (Granda, 2004) público (p.ej los niveles de complejidad, entre otras cuestiones).

La planificación no normativa pero sí explicitada de los objetivos y acciones para conseguirlo constituye un plan de vuelo que nos permite hacer reflexiones como la contenida en este escrito y por vía de aproximaciones sucesivas y ensayo/error con diferentes resultados en diversos escenarios puedan ser apropiados por los equipos.

### **3- Principales dispositivos y marcos conceptuales**

A fines de profundizar y ganar en detalles de la experiencia y no realizar una descripción demasiado general, optamos por escoger en este apartado tres dispositivos y jerarquizar la discusión de algunos aspectos, a saber:

- a) Mesa de trabajo con otros actores institucionales y con organizaciones que nucleen personas que viven con los padecimientos con plena participación en el *diseño* (y no sólo en el tramo final de los procesos de producción de actos de salud)
- b) Planificación estratégica y automonitoreo: Espacio de trabajo para poder unir la parcelación de tareas y la desresponsabilización individuales frente a los productos finales (equipos matriciales, equipos con poblaciones adscritas, equipos administrativos, personas con un sólo tema o sub-área del tema, etc)
- c) Selección de contenidos críticos para las diversas capacitaciones en las que se convoque el área reciente: Frente a pedidos que muchas veces entendemos como una suerte de *pinkwashing* en escenarios de formación y trabajo hegemónicamente procedimentales, optamos por abordar el conjunto del enfoque desde la comprensión

de la determinación socioambiental y los enfoques transversales de géneros y disidencias, interculturalidad crítica y derechos humanos

- a) Sobre esta mesa de trabajo, dado su carácter participativo sólo optamos por caracterizar este Dispositivo en términos generales en este escrito desde el punto de vista de la gestión, es decir qué nos impulsó a procurar su institucionalización y justificación frente a los tomadores de decisión.

En ese sentido partimos de la necesidad de que las organizaciones que tienen una extensa y fecunda trayectoria en el tema (y sin intereses cruzados con ningún proveedor de tecnología como suele sí suceder con varias fundaciones en el mapa general de actores de salud) sean parte del diseño mismo de intervenciones y de lo que se comunica tanto a equipos como a las poblaciones. Se viene trabajando la dimensión de los efectos concretos que producen las representaciones sociales al momento de acudir a un servicio, así como se parte de considerar con jerarquía los efectos de la estigmatización en salud (Goffman, 1963).

- b) En relación al dispositivo de Planificación Estratégica, se identificaron lógicas fragmentadas de diseño y ejecución del trabajo (Muller, 2000).

Frente a lo que Rovere (1999) establece como la planificación tradicional o lo que prevalece muchas veces que es la ausencia de planificación, percibimos como estratégica la planificación en pos de unir esos espacios compartimentados y tender a una lógica en la que la parte administrativa es la contracara de la técnica. Es decir, sin los procesos y circuitos administrativos (en relación al presupuesto, su ejecución y planificación de adquisiciones), “lo técnico” sería inviable o al menos, en los términos deseados. La tendencia a desasociar las acciones técnicas de las administrativas, se visualiza en todo el equipo. Se generan muchas resistencias a acompañar la integralidad de los procesos técnicos administrativos (identificar qué insumos se necesitan para la realización de las acciones y llevar adelante los diversos procesos de solicitud y adquisición). Esa lógica fragmentada “requieren del aporte de una perspectiva estratégica que contribuya a analizar los diferentes frentes y opere simultáneamente como un factor de cohesión interna” (Rovere, 1999).

Estos equipos provienen de múltiples disciplinas (bioquímica, biología, química, sociología, comunicación, psicología) con saberes especializados y asesorando en áreas temáticas (que hacen a la biológica de los insectos y comportamientos de los mismos, así como de los procesos de salud-enfermedad-atención) y áreas transversales de promoción y cuidados, planificación y monitoreo, capacitación, entre otros.

Frente a ello, con herramientas simples, trimestre a trimestre se procura la forma más oportuna para centralizar y sistematizar la información dispersa, para promover horizontalismo en las propuestas de líneas de acción planificadas y priorizadas. Entre las tácticas utilizadas, para acompañar los procesos que ya se venían llevado a cabo para la prevención y control de cada una de las enfermedades (en una lógica patologizante de la política sanitaria) se construyeron líneas transversales que tienden a la integralidad de los procesos abordados en la partición en cuestión.

Estas lógicas de organización y funcionamiento desde un modelo biomédico<sup>2</sup>, donde se establecen objetos de estudio y acción compartimentados, que se refleja en gran parte de la administración pública nacional consideramos deben ser superadas con la planificación estratégica y también desde un marco teórico-político-epistemológico que no oficie de obstáculo epistemológico (y de la intervención). Para ello, es clave reflexionar sobre la totalidad social en cuanto al contexto amplio de las áreas de intervención (Anderegg, 2007).

Sin embargo, estas lógicas tradicionales de planificación se nos presentan en la propia práctica diariamente. Si bien se establece lo estratégico como tendencia y objetivo, lo tradicional y normativo se presenta para rendirnos cuentas.

Constituye aún un desafío atravesadas por la contradicción de centralización homogeneizadora y la imagen objetivo de lograr, vía la planificación-monitoreo y evaluación con participación, la calidad del acceso desde la perspectiva de las personas destinatarias.

- c) Finalmente, otro dispositivo dentro del Área de Promoción y Cuidados es la transversalización en contenidos y ante demandas parciales de capacitación sobre algún aspecto (generalmente se nos solicita el enfoque de Género en el universo temático en cuestión), responder siempre con contenidos que apuesten a la integración de las perspectivas de Géneros y disidencias, salud como derecho humano y un enfoque de Interculturalidad crítica.

Al momento de abordar capacitaciones o encuentros con equipos que trabajan en el subsector público de salud (ya sea en la intervención en terreno, una visita domiciliaria, la planificación operativa de acciones, la gestión de programas, o en el trabajo para formar en contenidos específicos para la mejora de las situaciones en consulta en los servicios de salud, etc) partimos de dos núcleos críticos: a- por un lado, las brechas observables entre la oferta de atención por una parte (respuesta social históricamente organizada a partir de la atención

---

<sup>2</sup> “El MMH constituye una construcción teórica que se maneja en varios niveles de abstracción (...) La construcción de este modelo suponen detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica tendencias inductivas al consumo médico” (Menéndez, 1988)



médica centrada en la enfermedad y organizada en tres niveles de atención que debieran ser “punto de entrada” a los “sistemas de referencias y contrarreferencias”) y los itinerarios y trayectorias de las personas del otro lado (con historias de exclusiones, discriminación, violencias, etc. pero también con una organización al interior de cada grupo doméstico o familia llamada Autoatención) (Menéndez, 2003), así como también, b- las brechas en el acceso a los servicios ligadas a la necesidad de mejorar la calidad de la respuesta programática y sanitaria a partir de problematizar la forma históricamente organizada de responder a las temáticas englobadas en el recorte de nuestro marco de trabajo en la gestión de lo sanitario a través de los ejes transversales de trabajo en salud: las perspectivas de géneros diversidades y disidencias, interculturalidad crítica y derechos humanos en salud.

¿Por qué este enfoque fragmentado dificulta el diagnóstico y tratamiento de algún recorte problematizado vinculado a una vía de transmisión de uno de los padecimientos? ¿por qué las construcciones sexo-genéricas responsabilizan a la persona gestante del cuidado de todo el grupo familiar? ¿Por qué el diagnóstico de un perro que opera como reservorio en la cadena de transmisión se ve como “imposible” de abordar en los programas a cargo de la respuesta eco-epidemiológica en comunidades originarias? ¿Cómo podremos aportar a la intervención integral de nuestro campo de intervención en el ámbito de la atención, las visitas domiciliarias, la planificación, implementación y evaluación de políticas/resultados?

En general, encontramos los Niveles de atención y toda la oferta sanitaria en tensión con las trayectorias e itinerarios de atención y muchas veces los equipos de salud tendemos a creer que con capacitaciones y/o comunicación, estos problemas se pueden resolver o mitigar. ¿Pero es suficiente? ¿Acaso no sucede que a la vez que se discute la relación médico-paciente y se resuelve que debe mejorarse el tiempo de escucha activa y dar voz a las personas en las situaciones en consulta no opera al mismo tiempo UN TENDENCIA a la reducción objetiva del tiempo de consultorio? ¿acaso no es el mismo equipo que realiza la asistencia, notifica, y en teoría investiga para mejorar la calidad de la respuesta?

¿No es acaso ya una constante la discusión en cada equipo de trabajo sobre los límites que se presentan en los llamados procesos de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención por los cuales “se nos pierden” las personas, no se completan diagnósticos o no se llega a todos los integrantes del grupo familiar por la organización estructurada en el “binomio madre-hijo” o cualquier otra sea la forma que se estructura la “oferta”? ¿Acaso no hemos discutido en varias oportunidades que pasa si la persona se traslada de una localidad, pueblo o paraje a una ciudad por el nivel de complejidad de la respuesta médica y ese “caso” se nos pierde en el sistema de información y por ende el grupo familiar queda sin seguimiento? ¿O

nos sucede que todavía persiste cierto divorcio entre por una parte la respuesta de acciones de control territoriales enfocadas en los agentes patógenos y por otro lado los mecanismos de acompañamiento a ese grupo familiar en los sistemas de atención médica? ¿Acaso deberíamos dejar de insistir en la “puerta de entrada” que supone la APS y repensar en procesos y cuidados continuos? ¿Qué tradiciones se consolidaron en los programas de este campo en cuestión por las cuales se insiste en un paradigma de conductas individuales y mucho menos en por ejemplo trabajar sobre las determinaciones socio ambientales que originan y/o amplifican lo que serán en última instancia los “casos”?

Estos interrogantes nos llevan a problematizar algunas raíces naturalizadas en la organización sanitaria. Esta forma es un modelo de atención principalmente biomédico y estructurado en modelos de prevalencia o iceberg de atención, pero en tanto tal, puede ser modificado.

Más allá de las críticas que se vienen planteando al modelo de las referencias y contrarreferencias sobre el supuesto (más teórico que REAL) de poblaciones adscritas que “ingresan” desde el “primer nivel” y son “derivados” según complejidades de la atención (críticas que pueden rastrearse en textos clásicos de referencia como “Atención Primaria o primitiva de salud?” del sanitarista Mario Testa, “A 25 años de Alma Ata” de Tejada Rivero o los análisis de Mario Rovere), también existe la autoatención (Menéndez; op cit).

En el “medio” hay un espectro variado de situaciones, recorridos, contactos de las personas con esa oferta y resoluciones más allá de esa oferta estructurada en los niveles de complejidad y en los programas nacionales o provinciales para dar respuesta al campo en cuestión en general (o producto de fragmentación o realidades eco epidemiológicas locales se parcelan en cada “enfermedad” o aspecto/vía de transmisión específico de cada enfermedad).

La Autoatención es analizada por E.L Menéndez (1992) como aquel espacio de la unidad doméstica o familiar donde se resuelven la mayoría de los padecimientos y donde se inicia “la carrera del enfermo”. Por parte del sector salud en ocasiones o no se considera o se lo hace antagónicamente. Por ejemplo, analiza el autor, el sector salud condena la automedicación, cuando esta es un producto de consultas anteriores en el propio SS, y paradójicamente a la vez que se condena esto el SS se “apoya” en las unidades domésticas para seguir los tratamientos, así como esta unidad es principal informante del equipo médico y de la epidemiología. Asimismo, en la unidad doméstica, por las tradiciones patriarcales y la influencia del propio sector salud, generalmente es la mujer= madre = esposa en el rol estereotipado que se espera que se ocupe del cuidado de salud de todo el grupo. De ahí vienen racionalidades como “falta de adherencia de las personas”, “renuencia”, etc. vinculadas a la propia concepción del sector sanitario y modelo biomédico que considera al cambio de conductas individuales como eje de la intervención (lo cual se denomina según el

autor como autocuidado. Es decir, cuando se piensa en el autocuidado se está pensando en cambio de estilos de vidas individuales y no en la determinación social y estructural de las enfermedades ni en la determinación socio histórica de las formas que adopta la respuesta.

Las nociones de itinerarios, trayectorias, nos permite pensar en clave de PROCESOS y RELACIONES SOCIALES, posibilita intervenir en esas unidades secuenciales y acompañar desde una lógica de gestión de cuidados (y no sólo de respuesta medicamentosa y sincrónica, que es importante pero no es la única)

Las decisiones que toman en las UD obedecen a experiencias prácticas previas que pueden abreviar situaciones de maltrato, racismo, expulsión o todo lo contrario (responsabilidad y acogimiento en los términos de Merhy y Batista). También en creencias, contextos locales, situaciones de falta de accesibilidad económica, geográfica, lingüística, entre otras. Reconocer esos itinerarios de consultas a curadores abre la posibilidad de reconocer la existencia y explorar las diferentes creencias, visiones y prácticas alrededor de cada psea(a)c

Conocer esos itinerarios terapéuticos nos permite a los equipos de salud articular los niveles micro, meso y macro o niveles singular, general y particular en términos de la epidemiología crítica (Breilh; 2011)

Si aprovechamos la dimensión territorial de las respuestas programáticas donde la visita a cada unidad domiciliaria se corresponde con un “acto de salud”, ya que estas constituyen excelentes oportunidades para oficiar de puente o espacio de borde de transacciones entre ese modelo de AUTOATENCIÓN que Menéndez refiere como EL REAL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, y la respuesta médica que hallamos en la oferta sanitaria, así como también una forma de integrar las dimensiones de trabajo territorial que no siempre articulan con la multiplicidad de actores interviniendo en ámbito de competencias en cuestión.

Esa articulación enfocada desde la perspectiva de reconocer los Itinerarios terapéuticos y trayectorias de atención como PROCESOS, es clave para repensar cuánto nos encorseta el modelo de referencias y contrarreferencias biomédico y cuanto nos ABRE las nociones de promoción de salud y gestión de cuidados continuos.

Repensar la organización de redes con fronteras difusas (todo lo contrario a los “organigramas”) que frente al MMH proponga un modelo de cuidado integral recuperando todas las políticas sociales articuladamente, garantizando la participación real en el diseño de políticas por parte de los conjuntos sociales, un viraje desde la atención de la enfermedad hacia las determinaciones de los padecimientos en los territorios sociales y la promoción de

la salud. Es decir, el desafío de integrar enfoques teórico-praxiológicos (enfoques de derechos y promoción de derechos; determinación socioambiental - para desandar la lógica antropocéntrica- de los PSEAC(A)-; géneros y disidencias; interculturalidad crítica) en diversos espacios de la vida social (territorio social, laboral, familiar, individual) en todos los momentos del ciclo de vida, a través de estrategias promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación.

Además, el desafío de redes que desplacen las geografías institucionales burocráticas del sanitarismo desarrollista del siglo XX, construyendo a partir de las tramas de la territorialidad y dinámicas sociales desde la *diversalidad* (redes heterogéneas, protección colectiva, etc) y por qué no también, cada vez menos desde una epidemiología clásica funcionalista y funcional al MMH y más cercana a las experiencias de la Epidemiología Comunitaria (Tognoni; 2010)

¿Cómo pueden desde diferentes Equipos de salud en diferentes ámbitos y niveles de la respuesta procurar el achicamiento de las brechas y en la fundación de otras formas de responder a los padecimientos en cuestión?

Consideramos clave a los abordajes de género y diversidades/disidencias, interculturalidad crítica y derechos desde la promoción de la salud en los sistemas de atención, la gestión de programas e instancias educativas para seguir abriendo ese camino.

¿Qué aporta una perspectiva de interculturalidad en nuestro campo? Si la propuesta de la unidad de análisis e intervención no es la enfermedad, sino los procesos de s-e-a-p-(a)c, en nuestro campo deberían incluirse tanto la totalidad de padecimientos y totalidad de curadores vinculados a las ETV, como así también, los PSEA deberían tomarse como dimensión “testigo” del efecto de las contradicciones de un desarrollo social desigual, que impacta diferencialmente según clases y colectivos sociales, géneros, etnias, territorios, edades, religiones, etc.

Pensar la INTERCULTURALIDAD desde los aportes de la determinación social de los pseac implica reconocer que hay distintas construcciones teóricas y modos de “hacer”, “intervenir” sobre las relaciones y procesos sociales. Así, mientras desde las tradiciones de la MSL y SC hablamos de formas de propiedad, poder, división del trabajo de las sociedades capitalistas que producen las diferencias abismales en la calidad de vida de las distintas clases, géneros y etnias cuya traducción en el campo de defensa de la salud se abogan por cambios en las políticas “macroeconómicas” o del modo de producción-distribución-consumo; de la vereda

de enfrente, desde formulaciones desde la multicausalidad o por ejemplo la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008) prestan poca atención a lo que la sociedad actual es, centrándose en lo que produce en términos del modelo educación – ocupación – ingreso, lo que se hace en todo caso es considerar la promoción de culturas y “respeto a la diferencia” (propias de un enfoque de carácter “Multicultural”)

La posición tomada para introducir estas modificaciones en los contenidos, la organización, etc, parte de entender que la apropiación privada de la riqueza funda las desigualdades entre clases grupos y fracciones sociales, la apropiación heteronormopatriarcal genera las asimetrías del poder entre géneros y disidencias, y la apropiación por parte de grupos étnicos situados con ventaja estratégica en las relaciones de colonialidad. Esta es la triple inequidad que produce desigualdades sociales en salud, y opera en nuestro campo.

Cabe recuperar un clásico para comprender los desvíos múltiples del enfoque (no sólo la enorme diferencia entre hablar de multiculturalidad e interculturalidad, sino de este último vocablo que a veces es evocado sólo cuando se “traduce” una pieza de comunicación a una lengua originaria con más o menos violencia simbólica). Catherine Walsh en *(De)Construir la interculturalidad, consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador*, da cuenta del debate que: \* de un lado intenta naturalizar y armonizar las relaciones culturales sin cuestionar la matriz hegemónica y dominante (la verdad o esencia universal es el Estado nacional ya globalizado). Esa matriz alude a lo que autores como Aníbal Quijano refieren como condición colonial o colonialidad del poder, es decir una construcción cultural de raza y de la producción y organización de la exclusión, del racismo y de subjetividades distintas al establecer un sistema de clasificación e identificación social basado en la supuesta superioridad blanca (y así en las ventajas del blanqueamiento), el despojo y represión de identidades originales. \* y por otro lado, aquellas posturas que hacen ver el carácter político, social y conflictivo de estas relaciones (es decir la cultura como un campo de batalla ideológica y lucha por el control social de los sentidos y acceso a la hegemonía en el marco del sistema mundo moderno (Immanuel Wallerstein) o relaciones imperialistas o relaciones de dependencia (según cada marco teórico-político) entre los países del mundo con “centros” de poder dominante colonial e imperial). Esta posición en el debate para Walsh deja en claro a la interculturalidad como parte de procesos y prácticas OPOSICIONALES (porque cuestionan, critican y resisten las estructuras y políticas del Estado monocultural y excluyente como también sus significados de ciudadanía y democracia (recordando a Lenin y su célebre y actual frase “la igualdad ante la ley no es la igualdad ante la vida”)) y de procesos de construcción de una nueva hegemonía (que no sólo desafía la hegemonía del Estado sino impulsa y marca nuevas maneras de percibir, construir y

posicionar subjetividades y políticas identitarias, yendo más allá del reconocimiento o la inclusión, apelando a cambios profundos en todas las esferas de la sociedad, y además, partiendo de sitios o territorios de resistencia, ya que las subjetividades y las luchas se constituyen espacialmente)

Es importante recuperar estas reflexiones que propone la autora ya que las instituciones (y nosotros, los equipos de salud) pueden fomentar la INTERCULTURALIDAD como lucha de los movimientos indígenas (interculturalidad crítica - giro decolonial) -y por otro lado, como parte de una estrategia DISCURSIVA del proyecto neoliberal - multiculturalista. Es decir partiendo ya de crítica a la visión edulcorada del multiculturalismo, C. Walsh encuentra diferencias dentro del paraguas conceptual INTERCULTURAL y encuentra que esta mirada intercultural puede ser relacional: contacto intercultural entre diferentes culturas (niega, vela o minimiza los antagonismos de base y lo reduce a mejorar la comunicación); funcional: propuestas de organismos internacionales de salud que no se involucran en las causas de las asimetrías (es una herramienta para mitigar el conflicto social) o crítica: parte del problema estructural de la colonialidad y racismo, según el cual las relaciones interculturales no son solidarias sino de dominación. Dominación que parte de la matriz colonialista de relaciones entre los “estados”, las relaciones de heteronormatividad, sexismo, clasismo, racismo.

En una defensa de tesis de maestría reciente ( el 8 de julio de 2021), transmitida en directo por YouTube, Gabriela Maure sobre la base revisión de las producción sobre IES en la región entre 2003/201717 halló la correspondencia con estas tres categorías ordenadores de C.W, creando una cuarta categoría donde la Interculturalidad es también una propuesta de autorreflexión crítica de la biomedicina para dejar de poner el “problema” en el “otro” y replantearse el modelo biomédico.

De cualquier manera, nos parece importante la reflexión de Walsh en torno a la dimensión praxiológica de la interculturalidad y trazar un permanente proyecto de INTERCULTURALIZAR, para de forma permanente problematizar nuestras intervenciones en salud, continuando los esfuerzos para desnaturalizar las concepciones de CULTURA, RACISMO, DOMINACIÓN en los equipos interdisciplinarios e intersectoriales de salud, para encuadrar los marcos donde se dan las interacciones, pero también con el desafío de no atribuir las asimetrías al ámbito de la interacción/relaciones y su comunicación, sino partiendo de reconocer la MATRIZ que reproduce racismo, clasismo y sexismo estructurales.

En línea de lo anteriormente dicho, y considerando los contenidos transversales a incorporar e integrar para la sensibilización y capacitación en todas las áreas de la dirección, se recupera el abordaje de géneros y disidencias que debe ser pensado en interrelación con otros

procesos de determinación social. No se puede pensar a la perspectiva de género en sumatoria de variables que producen “efectos más violentos” (ej: intercultural + género + clase), aislada de la interrelación entre otras determinaciones, sociales, culturales, políticas, etc. Para ello, el abordaje propuesto recupera el enfoque interseccional (siempre alertas a las limitaciones de este concepto o enfoque) como herramienta para el análisis en la que las determinaciones sociales sobre las identidades influyen sobre el acceso a derechos y oportunidades.

En dicho abordaje, recuperamos las nociones y conceptos generales sobre género entendiendo que hablar de diferencias de género alude a dispositivos socio históricos de poder por los cuales se producen y reproducen desigualdades sociales (Fernández, 1989, 2000). Estos conceptos generales se recuperan desde la perspectiva que todos son contruidos socialmente y se piensan constantemente en las lógicas antes mencionadas.

Se busca que el abordaje de género sea lo menos abstracto posible, anudando constantemente con los actos en salud que se llevan a cabo en la órbita de competencias del espacio de gestión de política de salud. Ejemplo de ello es cuando se plantean los estereotipos de géneros específicos del campo que habitamos buscando identificar que dichas discriminaciones pueden generar, desde obstáculos para el acceso a la salud hasta violencias por motivos de género en todo su espectro.

Se comprende, también, un enfoque político donde los cuerpos se atraviesan por esta construcción social que asigna determinados atributos socio-culturales a las personas y producen efectos de sentido y sostienen prácticas violentas hacia les otros. Como explica Ana María Fernández, la relación entre desigualdades, discriminaciones y violencias se retroalimentan mutuamente y se despliegan produciendo modos de aceptación y legitimación a dichas prácticas e invisibilizan los calentamientos. Frente a ello, ubicamos que la visibilización y puesta en sentido de estos estereotipos desde el campo concreto de intervención es un modo de visibilizar y hacer frente a ello. A modo de ejemplo, cuando en una entrevista médica o visita domiciliaria sólo se le habla a las mujeres como responsables de los cuidados del grupo familiar, estamos no sólo utilizando el estereotipo que une a que todas las mujeres tienen que ser madres (mito mujer=madre) (Fernandez, 1989) sino también que sobre lo que es “una buena madre” que cuida al resto del grupo familiar, en vez de buscar cuidados colectivos entre todas las personas lo que fortalecerá el atravesamiento de sus propios procesos en salud. Otro ejemplo, es cuando ya sea desde campañas de comunicación o en los procesos de atención en salud consideramos que solo las mujeres pueden embarazarse, estamos invisibilizando otras identidades que deben ser nombradas, identificadas y reconocidas para que como equipo de salud podamos acompañar las trayectorias

El abordaje incluye repensar y poner en primer plano las construcciones sobre las diversas masculinidades, recuperando también los estereotipos así como mandatos que recaen sobre estas y apuntando a reflexionar sobre las masculinidades hegemónicas, impunidad y abusos en el ejercicio de sus poderes de dominación, sobre las complicidades que se pueden llegar a tener con compañeros (en este caso, de trabajo) promoviendo identificar a los varones como “sujetos de género”. Reflexionar en tanto colectivo de varones para identificar y modificar esos modos de violencia (Chiodi, A., Fabbri, L., & Sánchez, A., 2019). Conducir a la elaboración de estos contenidos y en pos de adelantarnos a posibles resistencias que se produzcan, buscamos remarcar el carácter y fundamento normativo-marco de derechos, más allá de ideológico político, que acompaña y refuerza el brindar y transversalizar muchas estas perspectivas. Es decir que, más allá de lo que se promueva reflexionar y pensar al respecto de las propias ideologías, como parte del equipo de salud se deben garantizar derechos a todas las personas en relación a su identidad de género así como al acceso a los derechos humanos fundamentales. Se abordan las leyes: 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002), 26.150 de Educación Sexual Integral (2006), 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar las violencias contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), 26.743 de Identidad de Género (2012), 27.499 Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado (2018).

En línea con estos derechos que se buscan poner en primer plano, a fin de que sean incorporados en todas las prácticas del proceso de atención en salud del que es parte la dirección y se den a conocer en cada acto con las personas, donde ese “dar a conocer” permite y promueve una exigibilidad por parte de las personas, siendo una potente herramienta de justiciabilidad.

Conduciendo a integrar estas perspectivas, se recuperan los numerosos instrumentos internacionales y regionales que incluyen, como derechos humanos tanto el derecho de acceso a los servicios de salud y asistencia médica, como el derecho a otras condiciones esenciales y determinantes de la salud: acceso al agua limpia potable, suministro de nutrición y vivienda adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Tomando estos derechos sociales y la participación en los mismos como estrategias democráticas (Rovere, 2006). En la selección de dichos contenidos, se ponen de manifiesto y recuperan, sobre todo, los derechos adquiridos por los pueblos originarios tanto a la protección como garantía de la identidad y los derechos colectivos de dichos pueblos: Leyes Nacionales y Provinciales y los Convenios Internacionales ratificados por el Estado. También, transversalmente las conquistas logradas en salud en relación al fortalecimiento de la autonomía individual y colectiva que se concibe desde la habilidad para tomar decisiones



en base a la información disponible y brindada de forma clara y oportuna, (recuperando la Ley de Derechos del Paciente, desde 2009, cualquier persona que recibe una acción de salud tiene derecho a la “asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía (poder decidir aceptar o rechazar cualquier práctica en base a información confiable), recibir información sanitaria y médica de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión de cada persona”). Se ubica este marco de derechos como el fundamento desde el cual accionar en cada práctica de salud y desde el cual se motorizan los dispositivos y estrategias empleadas desde el área construida.

#### **4- Conclusiones**

En primer lugar cabe destacar que se trata de un proceso apenas iniciado, atravesado por múltiples resistencias y aún en estado de consolidación del Área de Promoción y Cuidados. Cabe destacar el esfuerzo por teorizar las acciones y por volver a la teoría en una dinámica de reflexión-praxis permanente (sin desdén por la teoría, pero también con la motivación del hacer y luego reflexionar sin recaer en inmovilismos). También nos parece oportuno señalar que todo proyecto que no comulgue con el MMH supone grandes tensiones y conflictos y lo que resumimos como “poner mucho el cuerpo”, conscientes de las dificultades de las tradiciones históricas recuperadas en el primer apartado.

Nos interesa remarcar también que la contradicción entre la identificación con las corrientes y formas de trabajo que privilegian(mos) la participación REAL y el hecho de tratarse de un área del nivel central nos obliga a una vigilancia epistemológica permanente de nuestro hacer, y si bien hemos logrado en algunos dispositivos permear estas reflexiones, en la dimensión de la planificación es donde nos vemos aún más encorsetadas y hasta reproductoras de los modelos normativos y verticalistas. ¿Será acaso que además de patear el tablero de los mentados niveles de complejidad y organización sanitaria deberíamos romper la pretendida programación centralizada? ¿No es acaso eso lo que buscó y logró la historia plagada de descentralización y privatizaciones y de pluralismo estructurado (Basile; 2020)? Será materia de los próximos desafíos y experiencias para profundizar en nuevas lógicas de funcionamiento de lo político en salud en un presente que consolida 40 años de neoliberalismo y donde el futuro cercano está signado por las antinomias (de distinto cariz ideológico y político) socialismo o barbarie, rebelión o extinción.

#### **Bibliografía**

Aizenberg, M. 2014 EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS y MIGRANTES. Hacia una medicina intercultural: [https://www.researchgate.net/profile/Maria-Ciruzzi/publication/265126802\\_EL\\_DERECHO\\_A\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_PUEBLOS\\_ORIGINARIOS\\_y\\_MIGRANTES\\_Hacia\\_una\\_medicina\\_intercultural/links/54cc3b6c0cf298d6565a4843/EL-DERECHO-A-LA-SALUD-DE-LOS-PUEBLOS-ORIGINARIOS-y-MIGRANTES-Hacia-una-medicina-intercultural.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Ciruzzi/publication/265126802_EL_DERECHO_A_LA_SALUD_DE_LOS_PUEBLOS_ORIGINARIOS_y_MIGRANTES_Hacia_una_medicina_intercultural/links/54cc3b6c0cf298d6565a4843/EL-DERECHO-A-LA-SALUD-DE-LOS-PUEBLOS-ORIGINARIOS-y-MIGRANTES-Hacia-una-medicina-intercultural.pdf)

Ander Egg, Ezequiel (2007): Introducción a la planificación estratégica (primera parte). Buenos Aires, Lumen-Humanitas

Basile, G. (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.

Basile, G. (2019). La Salud de la Integración regional: el caso de UNASUR Salud. ¿Soberanía o dependencia sanitaria? Ediciones GT Salud Internacional, Buenos Aires, Octubre 2019.

Basile, G. (2020) Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe en Cuadernos del pensamiento Crítico Latinoamericano - Edición N°73 - Abril 2020.

Basilio y Gieco ¿Es posible una estrategia de promoción y cuidados en el nivel central de gestión en salud?. 2021. Congreso Psicología (UBA)

Batista Franco, Túlio y Emerson Elias Merhy. Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud : textos seleccionados - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Lugar Editorial, 2016

BREILH, Jaime. "Género, poder y salud." CEAS, 1993.

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud colectiva, 6, 83-101. Leer: <https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/>

Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud.

CARBALLEDA A. La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud

Chanlat, Jean-François (2019). "Antropología de las organizaciones". Revista del Centro de Estudios de Sociología del Trabajo 11. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires

Chávez, P. (2011). Estado, descolonización y patriarcado. Despatriarcalizar para descolonizar la Gestión Pública, 13-50.

Chiodi, A., Fabbri, L., & Sánchez, A. (2019). Varones y masculinidad (es)

CONNELL, Robert W. "La organización social de la masculinidad." (1997): 31-48.

DE LA ALDEA E. El equipo de trabajo, el trabajo en equipo. Mimeo, 2000

Deleuze G, Guattari F. Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia. Valencia: Pre-Textos; 1988.

ESTEBAN ML. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Revista Salud Colectiva, Vol. 2 Nº 1, Buenos Aires, enero-abril 2006

Fernández, A. M., & Giberti, E. (1989). La violencia invisible. Buenos Aires: Sudamericana.

Fernández, A. M. (2000). Autonomías y de-construcciones de poder. Meler, I. y Tájér, D. Psicoanálisis y género. Debates en el foro. Buenos Aires: Lugar Editorial, 121.

Fernández, A. M. (2021). Psicoanálisis. De los lapsus fundacionales a los feminismos del siglo XXI.

Feo, Oscar. Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate". Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 352-354, jul./set. 2012. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TcgwmvkMsdLwtbw8NqMYstq/?lang=es&format=pdf>

Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., & Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. Revista Cubana de Salud Pública, 38(4), 602-614.

Feo, Oscar. (2020). Breves notas sobre Economía Política de la Salud. Apuntes de Maestría de Salud Colectiva del Instituto de Altos Estudios en Salud Arnoldo Gabaldón (IAE-Venezuela).

Franco-Giraldo, Á., & Álvarez-Dardet, C. (2009). Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A.

García, Juan César. (2016). La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930). Revista Cubana de Salud Pública, 42(1) Recuperado en 06 de septiembre de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662016000100015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100015&lng=es&tlng=es).

Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. Revista cubana de salud pública, 30(2), 0-0.

Goffman, Irving. Estigma: La Identidad deteriorada. 1963/ edición de Amorrortu 2001.

INADI (2021). Masculinidades y discursos de odio. Revista INCLUSIVE. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inadi-revista-inclusive-n3.pdf>

Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in His Community. New York: McGraw-Hill Book Company; 1965

LUGONES, María. "Colonialidad y género." Tabula rasa 09 (2008): 73-101.

MAURE Gabriela. Defensa de tesis: Abordajes de la interculturalidad en salud: una revisión de artículos científicos sobre los enfoques conceptuales y temas de estudio en América latina en el período 2003-2017 En: canal de Youtube isco-unla. Visitada el día 8.7.2021

MENÉNDEZ (1986) La Salud como Derecho Humano acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada. CMS N°37

Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo. En Cuadernos Médico Sociales, 59, 3-18. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

MENÉNDEZ, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & saúde coletiva, 8, 185-207.

Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud colectiva, 1, 9-32.

..... Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. Revista de Antropología Social [en línea]. 2005, 14( ), 33-69[fecha de Consulta 20 de Mayo de 2021]. ISSN: 1131-558X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>

Merhy, Emerson (2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado

Muller, Pierre (2000). “Los círculos de decisión en las políticas públicas”. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales 015. Universidad Nacional de Colombia.

Palermo, María Laura (2018). Estudio etnográfico de los itinerarios terapéuticos en la atención de la salud materna e infantil en Molinos (Salta, Argentina). 5tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia, Buenos Aires.

Palermo, Z. (2019). Pensar contra el género. RevCom, (9), e014-e014.

PAUTASSI L. El aporte del enfoque de derechos a las políticas sociales. Una breve revisión. Taller de expertos “Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones”. CEPAL-GTZ, 2010

Petracci, M y Rodriguez Zoya, P (2018) Comunicación y Salud. La investigación en el proceso de las políticas públicas. Ed Teseo.

Rovere, M. (2006). Redes en salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Agora.

Ramirez Hita, Susana. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):63-85, Enero - Abril, 2009. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73111117005.pdf?fbclid=IwAR1ssXo-tGDZAPDIrBjkGusc6ORky2Ace1c6R7hzK9C57GBs-e-raDFa8bM>

Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (2013) Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud.

Rovere, Mario. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. Saúde em Debate [online].

2018, v. 42, n. spe1 [Accedido 2 Agosto 2021] , pp. 315-327. Disponible en:  
<<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S121>>. ISSN 2358-2898.  
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S121>.

Rovere M. "El Derecho a la Salud y la construcción de ciudadanía" 2006. Publicación OPS/OMS Argentina: <https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-ISGFTUmtsRW9JRXc/view?usp=sharing>

Tejada de Rivero, David. Alma Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud, V8, N°2. 2003. Disponible en: [https://www1.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_1.htm](https://www1.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm)

Testa, Mario. atención ¿primaria o primitiva? de salud. En: Pensar en Salud. Lugar Editorial. CABA. 2004. VD disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa\\_mario\\_atencion\\_primaria\\_o\\_primitiva\\_de\\_salud.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa_mario_atencion_primaria_o_primitiva_de_salud.pdf)

TOGNONI, GIANNI. "Una epidemiología para dar visibilidad a los invisibles. REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA / VOL 83 N° 6 / DICIEMBRE 2015

WALSH C. (De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador. En: Fuller N (org) Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. Lima, 2002 <https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-ITnpwSVZ4TmxsMUK/view?resourcekey=0-gF31Z6r195E80thiVtMNJw>