



## ESPACIO ABIERTO

Cuaderno Venezolano de Sociología



***En foco:*** Temas de Sociología de la Salud  
en tiempos de pandemia

Volumen 30  
Nº 2  
Abril-Junio  
2021

# 2

Auspiciada por la Internacional Sociological Association (ISA)  
La asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS)  
y la Asociación de Sociología (AVS)

**ESPACIO  
ABIERTO**

Cuaderno Venezolano de Sociología

Volumen 30 N° 2 (abril - junio) 2021, pp. 100-116

ISSN 1315-0006. Depósito legal pp 199202zu44

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4966140>

# Una mirada al campo de la educación en salud: hegemonía, pandemia y alternativas

*Fernando Miguel Garelli y Ana Gabriela Dumrauf*

---

## Resumen

En este trabajo abordamos la Educación en Salud, entendiéndola como un campo en disputa, analizamos las fuerzas que la tensionan y sus manifestaciones durante este tiempo de pandemia. Para ello recuperamos antecedentes bibliográficos que nos permitieron historizar el campo y elaborar un esquema clasificatorio de los paradigmas y enfoques en disputa. Identificamos un paradigma verticalista, hegemónico, con dos enfoques diferenciados, el higienista y el comportamental y otro democrático que también contiene dos enfoques, el socioecológico y el participativo-crítico. Caracterizamos cada una de estas perspectivas a través de las dimensiones ontológica (cómo se entienden salud y educación), epistemológica (cuáles son las fuentes de saber reconocidas) y de la praxis (perspectiva educativa que se sostiene). Podríamos decir que frente a la pandemia de COVID-19 se ha generado, entre otras cosas, un desigual, acelerado, complejo y planetario proceso social de aprendizaje respecto a cómo pensar y qué hacer respecto a nuestra salud. En este contexto, identificamos un despliegue muy generalizado de la perspectiva verticalista-higienista desde donde los grandes centros de saber-poder han buscado transferir normas de comportamiento a la población para regular cuerpos y acciones en el nivel de la autoatención, siendo la comunicación (entendida como difusión) el principal dispositivo educativo utilizado. Describimos, a su vez, procesos de organización y resistencia en los márgenes que han desplegado otras lógicas y prácticas que asociamos a posicionamientos democráticos-participativos/críticos. A modo de cierre, nos preguntamos qué podemos aportar desde las ciencias sociales y desde el pensamiento latinoamericano para encarar una urgente y necesaria transformación del paradigma hegemónico.

**Palabras clave:** Educación en Salud; Pandemia; Modelo Médico Hegemónico; Campo en disputa; Educación Popular; Epidemiología Crítica.

# A look at the field of health education: hegemony, pandemic and alternatives

---

## Abstract

In this work we approach Health Education, understanding it as a disputed field, and analyze the forces that stress it and their manifestations during this time of pandemic. We recovered bibliographic antecedents that allowed us to historicize the field and elaborate a classification scheme of the paradigms and approaches in dispute. We identify a verticalist, hegemonic paradigm, with two different approaches, hygienist and behavioral, and a democratic paradigm that also contains two approaches, the socio-ecological and the participatory-critical. We characterize each of these perspectives in three dimensions: ontological (how health and education are understood), epistemological (what are the recognized sources of knowledge) and praxis (educational perspective that is sustained). We could say that in the COVID-19 pandemic, among other things an unequal, accelerated, complex and planetary social learning process is underway, regarding how to think and what to do with our health. In this context, we identify a very generalized deployment of the verticalist-hygienist perspective in which the great centers of knowledge-power have sought to transfer behavioral norms to the population in order to regulate bodies and actions at the level of self-care, being communication (understood as diffusion) the main educational device used. We describe, in turn, processes of organization and resistance on the margins that have deployed other logics and practices that we associate with democratic-participatory / critical positions. In closing, we ask ourselves how we can contribute from the social sciences and from Latin American thought to face an urgent and necessary transformation of the hegemonic paradigm.

**Keywords:** Health Education; Pandemic; Hegemonic Medical Model; Disputed field; Popular Education; Critical Epidemiology.

## Introducción

Desde nuestro trabajo en el campo de la Educación en Ciencias Naturales, Ambiental y en Salud (de aquí en más: ECNAS, Cordero et al, 2011), entendemos que esta pandemia por Covid-19 es una de las expresiones de la crisis socio-ambiental que comenzó a ser anunciada en los años '70 del siglo pasado (Dumrauf, Cordero y Mengascini, 2016). Síntoma de esta época que muchxs denominan Capitaloceno (Machado Aráoz, 2020) por la cosificación, explotación y destrucción de la naturaleza.

Enfermedades “emergentes” como el COVID-19, son espejo y resultado de modelos de desarrollo caracterizados por la explotación ilimitada de la naturaleza; la concentración de la riqueza, medios de producción y capital financiero y político; las formas de producción agrícola y pecuaria intensivas y dependientes de químicos tóxicos, hormonas y antibióticos; por el hiperconsumo de algunos sectores poblacionales (minoritarios) y el hambre en otros

(Solíz Torres *et al*, 2020). Un sistema que promueve la desensibilización al sufrimiento de lxs otrxs, la cosificación de las personas de diversas maneras y la predación de los territorios, así como la formación de personas vaciadas de emociones y sentimientos cuyos vínculos están mediados principalmente por intereses de consumo y utilidad (Dumrauf *et al*, 2019).

En estos tiempos de pandemia, y con nuestra mirada inmersa en el campo de la ECNAS observamos cómo la Salud se ha puesto en primer plano. Han circulado discursos y se han impuesto diferentes cambios en nuestras vidas: aislamiento y distanciamiento social; suspensión de actividades laborales y sociales a través de decisiones políticas; cuarentenas más o menos restrictivas, idas y vueltas, vacunas, patentes, negocios, desigualdades, diferentes regulaciones de nuestros cuerpos y de las formas de relacionarnos. Todos movimientos realizados a escala planetaria frente a la amenaza de una enfermedad altamente contagiosa y con significativos niveles de morbi-mortalidad especialmente para ciertos grupos con los denominados factores de riesgo (Dumrauf y Garelli, 2020).

Frente a todos estos discursos y acciones circulantes, podríamos decir que se ha generado, entre otras cosas, un desigual, acelerado, complejo y planetario proceso social de aprendizaje respecto a cómo pensar y qué hacer respecto a nuestra salud. En este contexto, nos preguntamos, ¿qué modelos de Educación en Salud<sup>1</sup> se han puesto en juego? ¿Qué implicancias tienen?

En el presente artículo nos proponemos analizar estos interrogantes compartiendo una mirada sobre la ES como campo en disputa. Nuestra palabra inevitablemente se ubica en nuestro contexto y, a partir de esto, la focalizamos en el caso argentino, aunque esperando encontrar reverberaciones en otras geografías. Para ello, realizaremos una síntesis sobre los distintos paradigmas de ES en pugna, a partir de una revisión bibliográfica sobre la cual proponemos un nuevo esquema clasificatorio del campo. Luego, intentaremos rastrear la incidencia social de cada paradigma en tiempos de pandemia, describiendo, desde una perspectiva crítica, por un lado lo acontecido en los espacios hegemónicos y, por otro, en las resistencias, en los márgenes. Como cierre, intentaremos identificar posibles aportes del Pensamiento Latinoamericano al desarrollo de perspectivas en ES más justas, democráticas y emancipadoras.

## **La Educación en Salud como campo en disputa**

Con el fin de analizar y caracterizar el campo de la Educación en Salud (ES), nos basamos en (y reformulamos) conceptualizaciones de un reconocido referente de la Epidemiología Crítica Latinoamericana, Jaime Breilh, respecto de la Salud, para ampliarlas al foco de nuestro estudio. Breilh (2013) propone retomar a Bourdieu para considerar la Salud como campo social en el que existen diferentes paradigmas en pugna con sus propias definiciones, métodos y formas de actuar.

---

1 Utilizamos el término “Educación en Salud” para nombrar al campo en oposición a “Educación para la Salud” en concordancia con autorxs como Martins (2019) y Falkenberg *et al.* (2014) que asocian esta última formulación a una perspectiva específica, “una concepción verticalizada de la educación en la cual profesionales de la Salud le enseñan a la población ignorante a adoptar hábitos” (Martins, 2019: 270).

Como indica este autor, se trata de un “terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados. En esa medida la disciplina comparte con todas las demás, la característica consustancial de toda ciencia de ser una operación simbólica, y por lo tanto es ‘... una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad’ (Bourdieu, 1998)” (Breilh, 2013: 14).

De la misma manera, consideramos a la ES como un campo con diferentes capitales simbólicos en disputa. Capitales que, en última instancia, se vinculan a la posibilidad de imponer (a través de la teoría y la acción educativa) diversos proyectos políticos reflejados en distintos paradigmas de ES. Siguiendo a Breilh (2010), podemos caracterizar estos paradigmas según tres dimensiones interdependientes: “la de su ser (dimensión ontológica); la de su conceptualización (dimensión epistemológica); y la de sus formas de práctica (dimensión praxica o práctica)” (Breilh, 2010: 88). En particular, para el estudio de los paradigmas en pugna en la ES, consideraremos específicamente las maneras de entender la Salud y la Educación dentro de la dimensión ontológica, las formas válidas de construir conocimiento sobre Salud en la dimensión epistemológica y los posicionamientos pedagógico-didácticos dentro de la dimensión de la praxis.

Cabe destacar que Breilh (2013) plantea estos paradigmas en disputa como inmersos en una compleja y dialéctica trama, en una determinación social en constante movimiento, tal como ocurre con la historia social. Esta perspectiva abre la puerta a tratar de entender un campo, el de la ES, en su devenir histórico, con las luchas de poder que se puedan expresar en su seno y en la actualidad como un campo de acción y de transformación.

### *Breve historia del campo de la Educación en Salud en Argentina*

Para intentar comprender lo que se pone en juego en el campo de la ES, realizamos una muy breve historización y luego consideramos la perspectiva de algunxs autorxs que han intentado caracterizarlo, identificando diferentes paradigmas o enfoques en disputa.

En Argentina, el sistema educativo incorporó desde sus orígenes conocimientos y prácticas provenientes del campo de la salud. La Ley 1420 de Educación Común, con alcance nacional (1884), estableció los lineamientos de una educación pública, gratuita, obligatoria y “dada conforme a los preceptos de la higiene” (Ley 1420, Art. 1), abriendo las puertas del ámbito escolar al discurso médico higienista de la época. Entre 1900 y 1940, los discursos troncales de la eugenesia, el higienismo y el sanitarismo ganaron terreno en el ámbito académico confluyendo en el campo escolar y en la formación docente en el marco del positivismo pedagógico (Camarota, 2016). El saber higienista, más que enseñar conocimientos referidos a la anatomía y la fisiología, buscó imponer prácticas reguladoras sobre las conductas individuales y colectivas (Lionetti, 2007). La escuela cumplía con su función republicana a través de la formación de ciudadanxs moldeadxs en los preceptos de la higiene, la disciplina y el ordenamiento social (Lionetti, 2011). Parte de su tarea consistió en difundir saberes científicos en torno al cuerpo, su cuidado y protección. Los cuerpos de niños y niñas fueron pensados como pasibles de corrección, ajuste y encauzamiento. La educación se proponía rectificar aquello que se había desviado o podía desviarse.

Durante los períodos siguientes se sucedieron gobiernos democráticos y militares y las políticas vinculadas a la Salud sufrieron diferentes movimientos, tendientes por momentos a su centralización y, por otros, a su descentralización. Probablemente, un hito

histórico central a destacar sea el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, sistematizada y consagrada mundialmente en la Reunión de Alma-Ata (1978). En aquella Conferencia Internacional oficiada en la ex-Unión Soviética, bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, se prescribía, entre otras cosas, una mirada más comunitaria de la Salud así como una impronta economicista, donde la asistencia debería ser acorde “*a un costo que la comunidad y el país puedan soportar*”. En este encuentro la educación en salud fue postulada como un componente central de la estrategia, dado que favorecería los procesos de organización comunitaria para identificar necesidades, inducir prioridades y buscar alternativas de solución con recursos locales.

Para nuestro caso, la reestructuración del sistema sanitario en términos de centralización normativa y descentralización ejecutiva a partir de los años 60 y la heterogeneidad y fragmentación del sistema sanitario en el marco de sucesivos gobiernos dictatoriales, propició que Argentina se adhiriera formalmente a la tendencia mundial de APS. El fomento de la participación comunitaria y de las escuelas promotoras de salud fueron estrategias recurrentes para atender las necesidades sanitarias de la población. El rol asignado a la disciplina en esta etapa cambió de signo: debía promover el fortalecimiento de los vínculos comunitarios para fomentar un mayor distanciamiento de la tutela del Estado (Reyna, 2018).

### *Conceptualizaciones sobre la ES*

De acuerdo con Di Leo (2009), la ES está atravesada por diversas concepciones acerca de la salud, de los procesos de enseñanza y aprendizaje, y de la función de la escuela. En este sentido, identifica dos vertientes. Por un lado, un paradigma que da lugar a concepciones “verticalistas” de la ES, que se basan en brindar información, y establece una función pasiva de quien aprende. Por otro lado, reconoce el paradigma basado en concepciones “democráticas”, que destacan el compromiso activo de lxs estudiantes en la construcción del conocimiento, el estímulo al pensamiento crítico, el compromiso y la creación imaginativa para llevar adelante acciones individuales y colectivas (Kornblit et al, 2007).

El primero de los paradigmas que Di Leo (2009) denomina, siguiendo a Jensen (1997), como *moralista*, resulta hegemónico en los abordajes que articulan educación y salud en el presente. Reproduce una concepción de salud definida y normativizada desde los discursos biomédicos: orientada hacia la enfermedad como un problema individual, bloqueando su apertura hacia la problematización y/o transformación de sus dimensiones sociopolíticas y de las condiciones estructurales en las que se enmarcan. Este paradigma contribuye, asimismo, a naturalizar y reproducir las actuales condiciones de desigualdad e inequidad en el acceso a los derechos humanos, en general, y a la salud, en particular (Di Leo, 2009). El marco pedagógico, el *currículum* oculto y el tipo de relación docente-estudiante están basados en la imposición de normas y saberes sancionados científicamente sobre los *cuerpos dóciles* de lxs estudiantes, evaluables *objetivamente* a partir de diversos dispositivos (Di Leo, 2009). Se busca imponer *concepciones racionales del bienestar* y de las *conductas saludables* sin tener en cuenta las definiciones, experiencias y reflexividades de los sujetos implicados.

En este mismo sentido pero con algunos matices, Fainsod y Busca (2016) caracterizan un paradigma de corte liberal, que da lugar tanto a una concepción normativa como a una concepción personalizada de la ES. La concepción normativa entiende la salud como

ausencia de enfermedad; la ES como una herramienta auxiliar de la medicina, encargada de transmitir/traducir de manera entendible y efectiva el discurso científico a las personas. La educación es considerada como espacio privilegiado en el proceso de normativización (de cuerpos, salud, sexualidades), la enseñanza como transmisión de saberes, el aprendizaje con características receptivas y los contenidos centrados exclusivamente en la información científica. En esta concepción,

*Bajo el amparo de la cientificidad entendida como neutralidad aséptica, la escuela transmite –impone– un modelo correcto y sano. [...] en nombre de la ciencia se impone un imperativo normativo moral que se consolida en la amalgama de diferentes soportes (naturalismo, biologicismo, esencialismo) con un alto contenido moralizante. (Fainsod y Busca, 2016: 44)*

También en el marco del paradigma liberal, la concepción personalizada de la ES (Fainsod y Busca, 2016) entiende la salud como estado de completo bienestar y equilibrio físico, psicológico y social; asunto de profesionales, especialistas y técnicos. Pone el énfasis en lo comportamental para la determinación de la salud, focalizando en la prevención de enfermedades desde perspectivas normativas (individuales o colectivas). En este sentido, los espacios educativos se constituyen en ámbitos privilegiados para la prevención de conductas desviadas o inadaptadas y para actividades de promoción de la salud (basadas, en general, en la educación y el saneamiento ambiental). Estos espacios intentan promover la participación para reflexionar sobre la experiencia, corregirla y encauzarla. Es decir, incorporan otras dimensiones a lo biomédico pero continúan promoviendo un modelo educativo de transmisión-recepción.

Con base en el análisis de trabajos presentados en varias ediciones del *Encuentro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências*, Martins *et al* (2015) caracterizan tres abordajes en el campo de la ES. El biomédico, en el cual la salud se aborda desde una perspectiva funcionalista: salud y enfermedad se comprenden a partir del funcionamiento (a)normal del cuerpo. El abordaje comportamental, a nuestro criterio relacionado con la concepción personalizada de ES. En este abordaje, la salud se refiere al bienestar físico (capacidades físicas y funcionales) y mental de las personas, condicionado por determinantes biológicos y conductuales. Para alcanzar el bienestar, se propone la vigilancia de enfermedades específicas y aspectos involucrados en ellas, y de varios determinantes que contribuyen a la salud: comportamientos, hábitos de vida, elecciones conscientes, familiares y sociales. Presta especial atención a los *estilos de vida* inadecuados para la promoción de la salud, buscando luchar contra ellos con estrategias dirigidas a cambiar comportamientos individuales, para lograr una vida más sana. Se interesa por el cambio de las normas de exposición de riesgo individual, promoviendo “cambios conductuales”. Así, la promoción de la salud, según esta clasificación, se focaliza en acciones individuales y familiares centradas en los cambios de *estilo de vida* y comportamiento de las personas. Educar, orientar, sensibilizar con respecto a estilo de vida son los pilares que guían todas las acciones.

El tercer abordaje en ES identificado por Martins *et al* (2015), el socioecológico, se centra en una visión positiva y colectiva de la salud, entendida como bienestar biopsicosocial y ambiental. Considera que la salud de individuos y comunidades está determinada por sus reacciones a condiciones de riesgo ambiental, psicológicas, biológicas, sociales, económicas, educativas, culturales, políticas y laborales. Entiende a la promoción de la salud, en este caso, no sólo como acciones individuales, sino también colectivas (y a

menudo reconociendo su politicidad). Las estrategias educativas pretenden: reconocer a las personas como agentes primarios para la obtención de salud, destacando sus derechos y deberes; reorientar servicios públicos y privados para la promoción de la salud y no sólo para la prevención y tratamiento de enfermedades; capacitar a las personas para permitir el aprendizaje sobre la salud durante toda la vida; proveer condiciones para el desarrollo de habilidades individuales relacionadas con la salud; guiar sobre conocimientos y actitudes necesarias para reforzar la acción comunitaria; crear espacios saludables. En este enfoque, los programas para la promoción de la salud son desarrollados por la comunidad, en consulta con profesionales en el área de la salud pública.

El abordaje socioecológico se incluiría en las propuestas enmarcadas en el paradigma democrático (Di Leo, 2009), que consideran una concepción holista y abierta de salud y sostienen la intención de habilitar a los sujetos (tanto individuales como colectivos) para participar activamente en su redefinición. Proponen el reconocimiento reflexivo de los determinantes socioestructurales, sus influencias sobre las prácticas y representaciones individuales para su desnaturalización. La intención que orienta la enseñanza es la de desarrollar potencialidades propias para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar deseados, proyectados y creados a partir de las propias experiencias (Di Leo, 2009).

Por su parte, Fainsod y Busca (2016) describen un modelo participativo de ES, como antagónico al modelo liberal y que podríamos vincular al paradigma democrático. Estas autoras particularizan el modelo participativo retomando la convergencia de aportes de la medicina y sociología críticas y de las pedagogías críticas Latinoamericanas, y sostenido en la Educación Popular, la investigación participativa y la organización social. En este modelo, enmarcado en un paradigma crítico, *“la participación se constituye en sí misma en un hecho de salud. No se trata ni de ausencia de enfermedad ni de un estado equilibrado de bienestar, sino de la capacidad de salir del lugar de sometimiento a una autoridad que normativiza sus vidas, casi omnipotente y arbitraria”* (Fainsod y Busca, 2016: 48). La participación implica, desde este modelo, una ruptura del vínculo poder-saber entre especialistas-técnicos y la población.

### *Una síntesis de paradigmas y enfoques vigentes*

Una síntesis de los paradigmas y enfoques presentados, nos permite construir una primera caracterización del campo de la ES, en la que identificamos dos paradigmas netamente diferenciados y dos enfoques dentro de cada paradigma. Para elaborar esta caracterización, consideramos las tres dimensiones propuestas por Breilh (2010): ontológica (cómo se entienden salud y educación), epistemológica (cuáles son las fuentes de saber reconocidas) y de la praxis (posicionamientos pedagógico-didácticos).

Así, identificamos un paradigma verticalista, moralista/liberal/biomédico, que es y ha sido hegemónico en el devenir histórico del campo de la ES y que podríamos considerarlo como el paradigma educativo propio del Modelo Médico Hegemónico (MMH, Menendez, 2005). La praxis educativa en este paradigma, sería el tradicional modelo de transmisión-recepción (Jimenez-Aleixandre, 2000) o, en términos freireanos, se sostendría en una perspectiva bancaria (Freire, 1970). La única fuente de saber válida para esta perspectiva es el saber científico, específicamente el desarrollado por las ciencias biológicas o médicas.

Retomando los aportes de Fainsod y Busca (2016) y de Martins et al (2015), incluimos

en este paradigma verticalista dos enfoques, que se diferenciarían principalmente respecto a su concepción de la Salud. Uno higienista, fuertemente instrumentado en la primera parte del siglo XX, que entiende a la Salud como ausencia de enfermedad, centrando su mirada en los cuerpos y su normativización. La Educación en esta perspectiva sería entendida exclusivamente como una herramienta de la Medicina. El otro enfoque, que denominamos comportamental, incluye una mirada más amplia de la Salud como equilibrio bio-psico-social y a partir de ello incorpora la noción de estilos de vida saludables como central, agregando al anterior la importancia de, por ejemplo, una buena alimentación, hacer ejercicio y tener vínculos saludables. Relacionamos esta perspectiva con las corrientes de APS mencionadas y los cambios introducidos en el hito de Alma-Ata. Si bien la educación en esta perspectiva parece tener una mayor autonomía como disciplina, sigue apareciendo como un espacio privilegiado para procesos de normativización. En un estudio anterior, en el que analizamos producciones de docentes, encontramos esta perspectiva como la más frecuente (Garelli *et al.*, 2017).

Antagónico al paradigma verticalista de la ES, Di Leo (2009) identifica un paradigma democrático. Este paradigma, subalterno, se encuentra menos desarrollado socialmente, aunque más valorado desde la academia. Considerando las diferencias en los planteamientos de Martins *et al* (2015) y los de Fainsod y Busca (2016), distinguimos dos enfoques diferenciados. Por un lado, el enfoque socioecológico, el cual amplía la mirada sobre Salud para considerar múltiples aristas y dimensiones, así como el discurso de diferentes disciplinas científicas (incluyendo las ciencias sociales). Desde la dimensión de la praxis está asociado a propuestas constructivistas de la enseñanza, entendiendo la educación como espacio para la promoción de la Salud. Por otro lado, identificamos un enfoque participativo-crítico diferenciado del anterior. Este enfoque, en el que quienes escribimos el presente trabajo nos enmarcamos (Cordero *et al.*, 2011, Garelli *et al.*, 2019), basa sus propuestas en las pedagogías críticas latinoamericanas, específicamente en los postulados de la Educación Popular. En el plano epistemológico, se reconocerían saberes diversos como válidos, considerando tanto los científicos como los populares y ancestrales, y buscaría promover diálogos entre los mismos. En la dimensión ontológica, la salud se entiende como un objeto complejo y polisémico; y la praxis se orienta a la transformación de situaciones de desigualdad y opresión en torno a la salud. En la Tabla 1 mostramos, esquemáticamente, los paradigmas y enfoques sintetizados.

Paradigma	Enfoque	Dimensión ontológica (concepción de Salud y Educación)	Dimensión epistemológica (saberes reconocidos como válidos)	Dimensión de la praxis (perspectiva educativa)
<b>Verticalista</b>	Higienista	Salud: ausencia de enfermedad. Centrada en la normativización de los cuerpos. Educación como herramienta de la medicina.	Ciencias biológicas y médicas.	Modelo de transmisión-recepción.
	Comportamental	Salud: equilibrio bio-psico-social. Centrada en la importancia del estilo de vida. Educación como espacio privilegiado para procesos de normativización.	Ciencias biológicas y médicas.	Modelo de transmisión-recepción.
<b>Democrático</b>	Socioecológico	Salud: concepto multidimensional. Derecho humano. Educación como espacio para la promoción de la Salud individual y/o comunitaria.	Ciencias biológicas, médicas y sociales.	Perspectivas constructivistas.
Participativo-crítico	Salud: objeto polisémico y complejo. Derecho humano. Educación como espacio de empoderamiento individual y colectivo.	Saberes científicos (biológicos, médicos, sociales) y producidos en otros sistemas de conocimiento.	Perspectivas participativas (Pedagogías críticas - Educación Popular).	

Estos paradigmas y enfoques representan fuerzas que, entendemos, se encuentran socialmente en pugna. Las prácticas educativas de sujetos individuales, como podría ser un docente, se encontrarían atravesadas por esta disputa social en forma particular y podrían abreviar en combinaciones de distintos modelos en contextos o situaciones diferentes. Así, esta tipología es una herramienta analítica, pero luego los posicionamientos y las prácticas de los educadores son más complejas y pueden poseer cruces, yuxtaposiciones y diferentes variaciones entre estos paradigmas y enfoques.

## Educación en Salud en tiempos de Pandemia

En estos tiempos de pandemia hemos visto el despliegue del llamado Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2005) como nunca antes (Dumrauf y Garelli, 2020). Las relaciones entre biomedicina, tecnología y sociedad han estado en primera plana de los medios masivos de comunicación y han afectado nuestras sociedades, grupos cercanos y cuerpos. El saber-poder médico concentrado en las esferas de decisión internacionales, regionales y locales se desplegó frente a la irrupción de la pandemia de COVID-19, dictando políticas sanitarias y pautas de actuación, muy lejos de cualquier propuesta democratizadora del conocimiento y la acción. La mirada y la esperanza se han puesto en el desarrollo de vacunas que inmunicen y controlen la circulación viral. Situación que genera

un campo de complejidades y tensiones en torno a su producción (en manos de empresas transnacionales), adquisición y distribución geopolítica (Rikap *et al.*, 2020). Al día de hoy, en nuestro país, catorce meses después de iniciadas diversas medidas de confinamiento, que han ido variando en distintos grados de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), nos encontramos en un segundo período de gran cantidad de casos positivos de COVID-19. Las relaciones y tensiones economía-salud han sido resueltas de diversas maneras a lo largo del tiempo, adquiriendo cada vez mayor peso el primero de los elementos del binomio.

En este marco, hemos sido inundadxs por conferencias de prensa, notas periodísticas, materiales informativos, conteos de muertes e infectadxs a toda hora, y constantes recomendaciones que regulan nuestras vidas. Los discursos y orientaciones básicas brindadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sectores de salud, gobiernos y medios de comunicación han girado en torno a:

*actividades de autoatención: lavarse las manos en forma profunda y frecuente, no tocarnos la cara, no saludar con un beso ni con abrazos, no tocarnos con el otro, no toser ni estornudar sobre el otro, mantenernos a una “sana” distancia del otro, quedarnos en casa y salir lo menos posible, limpiar todo objeto del hogar –y sobre todo los objetos que se introducen desde fuera en los hogares–, usar cubrebocas y/o caretas al salir a la calle y aun dentro de espacios cerrados, así como otras actividades menos mencionadas. Además, se recomendó no automedicarse con fármacos ni con otras sustancias que presuntamente tuvieran alguna eficacia [...] Más aún, el sector salud nos indicó cuáles eran los principales síntomas de esta enfermedad para que nosotros hiciéramos un primer diagnóstico y decidiéramos ir o no ir al médico, todo lo cual es parte de la autoatención. (Menéndez, 2020: 15)*

La autoatención constituye una estrategia básica de las personas y los grupos socio-culturales, identificada por Menéndez (1998) como el primer nivel real de atención de los padecimientos. Se lleva a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, sin la participación directa de unx curadorx profesional. Sin embargo, en este contexto, y en una operación de hegemonización biomédica, se presenta como propia de la biomedicina, invisibilizando posibilidades de agencia de la población.

De esta manera, los grandes centros de saber-poder han buscado transferir normas de comportamiento a la población para regular cuerpos y acciones en el nivel de la autoatención. El principal dispositivo educativo en salud puesto en juego a nivel poblacional ha sido la comunicación, entendida como emisión de mensajes que deben ser aprehendidos. Asociamos esta estrategia de transmisión-recepción al paradigma verticalista de la ES, una pedagogía bancaria en la cual quienes emiten los mensajes parecen suponer que es posible “depositarlos” en el resto de la población. En lo cotidiano, además, este enfoque se ha concentrado casi exclusivamente en la Salud física de las personas, dejando de lado cualquier otra dimensión, en un movimiento propio del enfoque higienista, orientado a prevenir la enfermedad pandémica. Más aun, por momentos pareciera que la definición de Salud se hubiese acotado a: “Ausencia de enfermedad por Covid-19”.

Estas políticas de comunicación, que asociamos al paradigma verticalista de la ES, desconsideran la complejidad y multidimensionalidad de los procesos de salud-enfermedad-prevención/atención y sus niveles de determinación. En los Modelos Comunicativos

Hegemónicos (MCH, Briggs, 2005) que sostienen este tipo de comunicación, los contextos histórico-territoriales, los modos de vida de las comunidades y las realidades particulares son invisibilizados.

*Las ideologías hegemónicas conciben frecuentemente la comunicación como un proceso lineal, mecánico, por el cual los mensajes son producidos, distribuidos, y recibidos. En el caso de la salud, las perspectivas dominantes conciben el conocimiento como: a) producido por los sectores científicos –por epidemiólogos, investigadores clínicos, científicos de laboratorio, etc.–; b) traducido al lenguaje popular por clínicos, profesionales de las relaciones públicas, y periodistas; c) transmitido a los legos –en interacciones médico-paciente, en actividades de promoción de la salud o a través de los medios de comunicación–; y finalmente d) recibido por el público. Este proceso aparentemente lineal y unidireccional crea y jerarquiza subjetividades y ubicaciones sociales sobre la base del conocimiento especializado, el control sobre las tecnologías y la posición institucional; cuanto más alejados de los lugares de producción privilegiados estén localizados los individuos y grupos, menores son la agencialidad, el poder y la autoridad que les pueden ser atribuidos. (Briggs, 2005: 103-104)*

Una vez más, tal como se ha hecho históricamente desde la ES de corte verticalista, se han impulsado prácticas “que tienen poco que ver con las vidas que viven, sobre todo, los sectores sociales subalternos” (Menéndez, 2020: 17). Premisas tales como “quedate en tu casa”, “cuidarte es cuidarnos” o “sigamos practicando la ciudadanía” uniformizan las posibles acciones desconociendo las condiciones de desigualdad de clase, género, etnia, etaria (entre otras) de la población. Aun cuando, en nuestro país, se han tomado medidas que intentan paliar algunas de estas desigualdades, los discursos han mantenido en todo momento estos sesgos y unidireccionalidad.

Mientras escribimos este artículo, escuchamos y leemos en los medios de comunicación expresiones de funcionarixs y asesores (médicos, en general) que, al presentar las causas acerca de la situación de brote epidémico actual, remiten al comportamiento indebido de la población, a la indisciplina social (Solíz Torres *et al*, 2020). Escuchamos que “la gente no aguanta”, “no hay manera de hacerle entender [que haga lo que hay que hacer]” porque “es imprescindible el buen comportamiento de la gente”, “todos tenemos que hacer bien las cosas todo el tiempo”; si no, hay “que caer en una terapéutica más dura”. El modelo verticalista de transmisión de información desde los expertos a la población no está dando resultado en términos de reducción del impacto epidemiológico, y pareciera que es debido a que “la gente no entiende”, no hace lo que le dicen, no obedece. Sin embargo, la mayor parte de la población parece haber modificado prácticas personales y asumido medidas de autoatención. Los movimientos unidireccionales postulados por el paradigma verticalista, el MMH y los MCH en salud, se comprenden como automáticos y mecánicos, cualquier falla “puede ser achacada a problemas técnicos de transmisión o a un nodo humano defectuoso” (Briggs, 2005: 109). Así, la responsabilidad, “la culpa”, recae sobre lxs destinatarixs de la información, especialmente aquellos sectores de la población más afectados por las disparidades en salud. Como indican Solíz Torres *et al* para el caso ecuatoriano:

*Lejos de comprender estas condiciones y de impulsar enfoques cultural y territorialmente adaptados de promoción, prevención y monitoreo epidemiológico, los Gobiernos han recaído en una suerte de geografía de la culpa*

*que la «localiza» en los grupos sociales empobrecidos y los pueblos indígenas, responsabilizándolos por las condiciones de enfermedad y muerte, y acusándolos de indisciplinados, incivilizados o incultos: la barbarie.*

### *Resistencias desde los márgenes*

El panorama descrito en el apartado anterior parece, por momentos, agobiante, angustiante. La fuerza y naturalización de las miradas en ES, Comunicación y Salud parecen no estar en disputa, al menos en los discursos de mayor visibilidad social. Como indica Menéndez (2020: 2), *“la hegemonía justamente está en esto: en que a todos nos parece obvio que ocurra así”*. Tal es así que entendemos que las posiciones hegemónicas son sostenidas por fuerzas políticas de diversas orientaciones, por los medios masivos de comunicación y va más allá del contenido específico de sus mensajes y su lugar como fuerzas del “oficialismo” o la “oposición”.

Una de las cuestiones nodales para visibilizar otras miradas es la recuperación de la noción de territorio. Desde las perspectivas hegemónicas en salud y ES, se considera el territorio *“como un contenedor en el que se localizan los casos diagnosticados de una enfermedad, para poder cumplir con procesos de vigilancia y control”* (Solíz Torres et al, 2020: 46). Sin embargo, desde perspectivas críticas, los territorios son construidos y reconstruidos a través de procesos sociales en interacción con materialidades generadas por éstos en contextos específicos (Ceceña, 2012). El territorio se constituye en lugar de asiento de la cultura, y a la vez su resultado, y en *“el espacio de disputa civilizatoria más profundo y más abarcante”* (Ceceña 2012: 126).

La territorialización de los procesos de salud-enfermedad-prevención/atención implica configurarlos espacio-temporalmente, dotarlos de historicidad y enmarcarlos en lógicas de conflictividad social estructural. Es desde el territorio que se juegan estrategias de apropiación y construcción del espacio y de la vida. Se dan *“procesos de organización y resistencia que conectan la tierra con las dinámicas vitales, orientados a buscar las interrelaciones entre las condiciones sociales, las relaciones de poder, los modos de producción, los ecosistemas y los procesos de salud, enfermedad y muerte”* (Solíz Torres et al, 2020: 47).

Estos procesos de organización y resistencia se dan en los márgenes, se encuentran invisibilizados en escalas sociales macroscópicas, pero, desde nuestro punto de vista, son los espacios sociales donde se han desplegado otras lógicas y prácticas en tiempos de pandemia. Colectivos y movimientos sociales han sido ya reconocidos en sus aportes a la transformación de las maneras de pensar y actuar en educación. En ES, la comprensión de las experiencias llevadas a cabo por estos movimientos se constituyen en puntos de partida para *“la construcción de alternativas con miras tanto a enfrentar la desigualdad social como a reconocer la diversidad cultural”* (Rockwell, 2012: 710). Estos procesos están ligados a la organización colectiva y a la socialización de experiencias e información que *“apunta hacia las subjetividades y apropiaciones duraderas, tanto cognitivas como vivenciales, que subyacen a todo proceso cultural”* (Rockwell, 2012: 711).

No pretendemos aquí presentar un análisis exhaustivo de estas experiencias pero sí nos proponemos compartir muy brevemente algunas consideraciones respecto a dos espacios con los que venimos trabajando, los Bachilleratos Populares (BP) y la Campaña Otra Salud es Posible -y la estamos haciendo (COSP). Un estudio más detallado deberá ser

parte de futuros escritos.

Los BP son escuelas de enseñanza media para jóvenes y adultxs, autogestivas, generalmente asociadas a movimientos sociales y referenciadas en la Educación Popular, que caracterizamos como respuestas disidentes respecto a la racionalidad e institucionalidad hegemónicas (Garelli *et al.*, 2019). Como parte de un trabajo -aún en elaboración- de sistematización de las experiencias de ES en estos espacios, hemos relevado algunos relatos de las propuestas didácticas que vienen implementando durante la pandemia. Un análisis preliminar indica que el énfasis se ha puesto, por un lado, en una mirada crítica hacia el MMH y, por otro, en el cuidado colectivo, en tejer redes de apoyo, en fortalecer los vínculos que lxs une, generando dispositivos para ello aún en los tiempos más fuertes del ASPO. Como ejemplo, en uno de estos casos, la pandemia dio lugar a trabajar la Otredad. Tal como expresó un docente, *“la definición de este concepto la fuimos trabajando y finalmente construimos entre todxs y es que básicamente existe unx otrx, que es distintx, es diversx, que es dignx de respeto, de comprensión y a quien no hay que avasallar.”* A su vez como parte de la clase, estudiaron la historia y situación de mujeres trans durante la pandemia, poniéndose luego en contacto y colaborando con espacios organizados para acompañarlxs.

Por su parte, la COSP se configura como un entretejido entre organizaciones sociales de la provincia de Buenos Aires y de otros lugares del país, que busca “visibilizar, entrelazar y nutrir” las experiencias en Salud de estos colectivos. En la COSP participan organizaciones que construyeron sus propios protocolos de autocuidado respecto de la COVID-19; de psicologxs que han encarado acompañamientos y apoyos psicológicos en clave feminista; de personas LGTTBIQ+ que se han organizado colectivamente para resistir un contexto de abandono estatal y múltiples opresiones, entre otras. Este espacio interpela la forma de concebir la Salud, desde perspectivas distantes y antagónicas al MMH, en pos de una *Salud colectiva, desde abajo, diversa, feminista, accesible, autogestiva, comunitaria, popular, integral, al cuidado de les cuerpos-territorios, descolonizadora, dinámica* (Campaña Otra Salud es posible, 2020).

Ambas experiencias, BP y COSP, se sostienen en la educación popular, la organización social participativa y en la interpelación al Estado, medios de comunicación hegemónicos y otros sectores de poder, respecto de decisiones políticas que subalternizan e invisibilizan situaciones de desigualdad y discriminación. La asunción de voces y acciones propias, que cuestionan sentidos y prácticas en salud, sostendrían perspectivas democráticas críticas en salud y ES, desde un enfoque participativo-crítico.

## **A modo de cierre: aportes posibles desde las ciencias sociales**

*La palabra y el oído, con el corazón, tienen muchos caminos, muchos modos, muchos calendarios y muchas geografías para encontrarse. Y esta lucha por la vida puede ser uno de ellos<sup>2</sup>*

Considerando el panorama descripto y mirando hacia futuro, entendemos que el contexto nos impone cierta urgencia para la acción en la disputa frente a los paradigmas hegemónicos. En ese marco, y para cerrar el presente trabajo, nos preguntamos, ¿qué podemos aportar desde las ciencias sociales y desde el pensamiento latinoamericano? En el plano educativo, ¿cómo podemos nutrir el paradigma democrático de la ES y, más específicamente, el enfoque participativo crítico?

2 <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/2020/03/16/por-coronavirus-el-ezln-cierra-caracoles-y-llama-a-no-abandonar-las-luchas-actuales/>

Sugerimos algunas posibilidades, que deberán ser desarrolladas en otras páginas y a partir de acciones concretas, considerando las tres dimensiones presentadas para el análisis de los enfoques de la ES: ontológica, epistemológica y de la praxis.

En la dimensión de la praxis, uno de los desafíos inmediatos es el trabajo conjunto con los sectores de la sociedad que ya se encuentren llevando adelante procesos participativos y críticos en Salud. Una posible manera de hacerlo es aportando a la sistematización de esas experiencias (Jara, 2018) y a su análisis, estableciendo diálogos, contribuyendo a consolidar esas propuestas y, a su vez, fomentando su socialización para promover nuevas prácticas en diferentes territorios.

En esa misma dimensión y desde la Epidemiología crítica, hace ya tiempo se reconoce la necesidad de transitar desde los modelos clásicos de vigilancia epidemiológica a procesos participativos de monitoreo comunitario. Estos procesos *“que entregan el proceso de monitoreo al poder colectivo, es decir a los grupos sociales [...] permiten que sean las comunidades organizadas quienes lleven el registro, el acompañamiento y la reparación integral de los procesos de salud”* (Solíz Torres *et al*, 2020: 42). Los grupos organizados observan y dan seguimiento a las determinaciones estructurales que producen y reproducen las inequidades en salud, así como las condiciones particulares que generan condiciones específicas de exposición y vulnerabilidad. En función de ello es posible diseñar y ejecutar planes de acción comunitarios para dar respuestas individuales, familiares y colectivas. Estas perspectivas plantean la necesidad de un cambio de paradigma en términos de relaciones saber-poder y respecto a la educación y comunicación en Salud.

Respecto a la dimensión epistemológica, destacamos la propuesta de avanzar hacia un diálogo de saberes en Salud, incluyendo así una construcción pedagógica descolonizadora que, sin desconocer el valor y los conocimientos de las ciencias y tecnologías biomédicas, valore saberes-otros y a las personas y comunidades que los portan. Este movimiento requiere la historización y análisis crítico de relaciones de poder y dominación capitalistas, coloniales, racistas y patriarcales expresadas en la Salud (Dumrauf *et al*, 2019).

En la dimensión ontológica, consideramos necesario un giro en la comprensión de la Salud como el que se propone desde la Medicina Social Latinoamericana y la Epidemiología Crítica, mediante la perspectiva de la Determinación Social de la Salud. Desde este punto de vista se reconocen tres dominios: *“general: capacidad sustentable, derechos económicos y sociales, derechos de la naturaleza; particular: modos de vida saludables, protegidos, con soportes colectivos, con identidad propia y dignificante, en ambientes saludables; singular: acceso a trabajo digno, consumo pleno y empoderado, y ecosistemas domésticos saludables”* (Breilh, 2010: 92). Estos dominios configuran la salud como proceso *“que va más allá de la lógica organizativa social, la vida se despliega en y con la naturaleza en una relación dialéctica y metabólica [...] Esta relación dialéctica ser humano-naturaleza a su vez determina la configuración y apropiación de los territorios.”* (Solíz Torres, 2020: 1)

Entendemos necesario reconocer la pandemia de COVID-19 y otras problemáticas de Salud socioambientales como multidimensionales, colectivas, territoriales y como campo de intervención y transformación. El desafío es grande, y la disputa, necesaria. Nos guían nuestros sueños compartidos,

*Soñamos salud que genere autonomía, autosustentabilidad, tramas, comunidad, escucha, relaciones cara a cara y otras.*

*Soñamos salud que cuestione privilegios, que visibilice y luche para liberarnos de blanquitud, capacitismo, machismo, heterosexismo, gordx-odio, trans-odio y todas las formas de discriminación.*

*Soñamos salud que recupere una visión integral y orgánica entre seres humanxs y otrxs seres. (Campaña Otra Salud es Posible, 2020)*

## Referencias

BREILH, J. (2010) “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud” en NOGUEIRA PASSOS, R. (Org.) **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes

BREILH, J. (2013) “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica”. **Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública**. Volumen 31, 13-27.

BRIGGS, C.L. (2005) “Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”. **Revista de Antropología Social**. Volumen 14, 101-124.

CAMMAROTA, A. (2016). “Saberes médicos y medicalización en el ámbito escolar (1920-1940)”. **Revista Pilquen, Sección Ciencias Sociales**. Volumen 19, Nro. 3, 33-51.

CECEÑA, A.E. (2012) “Dominar la naturaleza o vivir bien: disyuntiva sistémica”. **Debates Urgentes**. Volumen 1, 117-129.

CORDERO, S.; DUMRAUF, A. G.; MENGASCINI, A.; SANMARTINO, M. (2011) “Entre la Didáctica de las Ciencias Naturales y la Educación Popular en Ciencias Naturales, Ambiente y Salud: relatos y reflexiones de un camino en construcción”. **Praxis Educativa**. Volumen 15, Nro. 15, 71-79.

DI LEO, P. F. (2009) “La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas”. **Salud Colectiva**. Volumen 5, Nro.3, 377-389.

DUMRAUF, A., CORDERO, S., y MENGASCINI, A. (2016) “Experiencias educativas de los movimientos sociales: Contribuciones para la educación científica, ambiental y en salud desde una perspectiva emancipadora”. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**. Volumen 16, Nro. 2, 477-497.

DUMRAUF, A., CORDERO S., CUCALÓN TIRADO, M.P, GUERRERO TAMAYO, K. y GARELLI, F. (2019) “Hacia nuevos territorios epistémicos: aportes desde un camino de construcción pedagógica descolonizadora en Educación en Ciencias Naturales, Ambiental y en Salud” en MONTEIRO, B. *et al.*: **Decolonialidade na Educação em Ciências**. Sao Paulo: Livraria da Física.

DUMRAUF, A. y GARELLI, F. (2020) “Biomedicina-Tecnología-Sociedad y COVID-19: miradas críticas, esperanzas y Educación en Salud”. **Boletín de la Asociación Ibero-Americana de Ciencia-Tecnología-Sociedad**. Volumen 13, 21-28.

FAINSOD, P. y BUSCA, M. (2016) **Educación para la salud y género. Escenas del currículum en acción**. Rosario: Homo Sapiens Editora.

FREIRE, P. (1970). **Pedagogía del oprimido**. Montevideo: Tierra Nueva.

GARELLI, F., MENGASCINI, A., CORDERO, S., y DUMRAUF, A. (2017). "Formación docente y representaciones sobre salud: caminos para la educación en salud desde una mirada crítica". **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, Volumen 19, e2558, 1-19.

GARELLI, F. M., CORDERO, S., MENGASCINI, A., y DUMRAUF, A. G. (2019). Caminos para la educación en salud desde la educación popular: Experiencias en bachilleratos populares de Argentina. **Ciência & Educação (Bauru)**, Volumen 25(1), 5-24.

JARA, O. (2018). La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano.

JIMENEZ-ALEIXANDRE, MP. (2000). "Modelos didácticos" en PERALES PALACIOS, FJ. *et al.*: **Didáctica de las Ciencias Experimentales: teoría y práctica de la Enseñanza de las Ciencias**. Alcoy: Marfil.

JENSEN, B. B. (1997) "A case of two paradigms within health education". **Health Education Research. Theory & Practice**. Volumen 12, Nro. 4, 419-428.

KORNBLIT, A. L., MENDES DIZ, A. M., DI LEO, P. F., CAMAROTTI, A. C. (2007) "Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud". **Revista Argentina de Sociología**. Volumen 5, Nro. 8, 9-25.

LIONETTI, L. (2007) **La misión política de la escuela pública: formar a los ciudadanos de la república (1870- 1916)**. Buenos Aires: Miño y Dávila.

LIONETTI, L. (2011) "Discursos, representaciones y prácticas educativas sobre el cuerpo de los escolares. Argentina en las primeras décadas del siglo XX". **Cuadernos de Historia**. Volumen 34, 31-35.

MACHADO ARÁOZ, H. (16/4/2020) "La pandemia como síntoma del Capitaloceno: la arrogancia de la Razón". **Redacción La Tinta**. Disponible en: <https://latinta.com.ar/2020/04/pandemia-capitaloceno-razon/> Consultado el 22/5/2021

MARTINS, L. *et al* (2015) "Construtos Teóricos e Práticos da Saúde: As Abordagens Biomédica e Socioecológica" en: **X Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências (ENPEC)**.

MENÉNDEZ, E.L. (1998). "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria" en: **Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud**.

MENÉNDEZ, E.L. (2005) "El modelo médico y la salud de los trabajadores". **Salud Colectiva**. Volumen 1, 9-32

MENÉNDEZ, E.L. (2020) "Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención". **Salud Colectiva**. 16:e3149. doi: 10.18294/sc.2020.3149

REYNA, C. (2018) "Educación para la salud: horizontes y estrategias recurrentes en Argentina (1970-1980)". **Interface**. Volumen 22, Nro. 67, 1053-1064.

RIKAP, C., GARELLI, F., CARRILLO, M. G., LARROSA, P. N. F., y BLAUSTEIN, M. (2020). Lucro empresarial, extractivismo y pandemia: el rol del modelo científico hegemónico en la acumulación de capital basada en la monopolización de conocimiento. **ANTAGÓNICA. Revista de investigación y crítica social**. Volumen 2(2), 67-100.

ROCKWELL, E. (2012) "Movimientos sociales emergentes y nuevas maneras de educar". **Educação & Sociedade**. Volumen 33, Nro. 120, 697-713.

SOLÍZ TORRES, M.F. (2020) “La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida”. **Revista Ciencias de la Salud**. Volumen 18 (Especial), 1-3.

SOLÍZ TORRES, M.F. *et al* (2020) **El derecho a la salud en el oficio del reciclaje. Acciones comunitarias frente al COVID-19**. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar

### **Documentos oficiales e institucionales**

CAMPAÑA OTRA SALUD ES POSIBLE. (2020). <https://www.facebook.com/Campa%C3%B1a-Otra-Salud-es-Posible-105480301404437/> Accedido: 31/5/21.

Ley 1420 de Educación Común (1884) <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/5421.pdf>