

# Equipos de salud: entre la precarización y el reconocimiento.

Longo, Roxana, Lenta, María Malena, Joskowicz, Adán y Tortosa, Paula.

Cita:

Longo, Roxana, Lenta, María Malena, Joskowicz, Adán y Tortosa, Paula (2020). *Equipos de salud: entre la precarización y el reconocimiento*. En *Territorios, equipos y narrativas en situación*. CABA (Argentina): Teseo.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/365>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/P7u>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# 1

## Equipos de salud: entre la precarización y el reconocimiento<sup>1</sup>

ROXANA LONGO<sup>2</sup>, MARÍA MALENA LENTA<sup>3</sup>, ADÁN JOSKOWICZ<sup>4</sup>  
Y PAULA TORTOSA<sup>5</sup>

La expansión y consolidación de la globalización capitalista, la extrema polarización social y el retroceso en los derechos de ciudadanía constituyen una realidad compleja que impacta sobre los procesos de salud-enfermedad, atención y cuidado de las comunidades. En términos globales, en las últimas décadas, el progresivo proceso de mercantilización de la salud ha afectado a los sistemas y servicios de salud por falta de inversión, la fragmentación y los recortes en el financiamiento producidos por los ajustes estructurales (Vanegas y Murayama, 2009). Las condiciones de trabajo en el sector salud reflejan los avatares del conjunto social y, en particular, el declive persistente de las relaciones contractuales y de las condiciones de vida tanto de la población

---

1 Agradecemos a Analía Bruno, médica CESACb y a los equipos interdisciplinarios de los CESACa y CESACb.

2 Miembra del proyecto UBACyT “Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado”.

3 Miembra del proyecto UBACyT “Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado”, co-directora del proyecto de Extensión Universitaria “Observatorio de prevención y promoción de la salud comunitaria” y becaria formada en Salud Investiga.

4 Miembro del proyecto UBACyT “Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado”, psicólogo del CESACa.

5 Miembra del proyecto UBACyT “Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado”.

con la que se trabaja como de los/as propios/as trabajadores/as del sector. La paradoja siniestra de la hegemonía neoliberal es que libera mercados y desregula protecciones en la globalización de la periferia mientras que, al mismo tiempo, aumenta el control de la fuerza de trabajo a través de la flexibilización, precarización y/o desempleo (Zaldúa, Lodieu, Bottinelli y Pawlowicz, 2010).

El trabajo es un componente sustancial para la vida social y económica y tiene un rol fundamental en el proceso de salud-enfermedad, atención y cuidado de los/as trabajadores/as. Las inequidades sociales ante la falta de acceso al trabajo digno, a oportunidades para mejorar las capacidades personales y a la posibilidad de disfrutar de un ambiente estimulante son aspectos negativos que recaen sobre el colectivo de trabajadores/as, incluso de aquellos/as que trabajan en el campo de la salud (Sousa Santana, 2012).

Actualmente, los modelos dominantes de desarrollo económico descuidan los impactos de los procesos de producción sobre el ambiente y la salud de los/as trabajadores/as (Levenstein, 1997). Las condiciones de trabajo se han ido deteriorando históricamente y se transformaron en uno de los principales determinantes de la salud, la discapacidad, la enfermedad y el padecimiento en todo el mundo (Cullen, 1999).

En este escenario, el personal de salud sobrelleva procesos de trabajo que los/as expone a cargas físicas, ambientales, profesionales y psicológicas relacionadas también con las crecientes y complejas demandas que la población usuaria presenta en un contexto generalizado de precarización de la vida. Este interjuego negativo entre el deterioro de los servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas y la problemática compleja de los/as usuarios/as impacta tanto a nivel salud de la comunidad como a nivel de los colectivos de trabajo, manifestándose en sintomatología psicofísica, deterioro en las relaciones interpersonales y problemas en la organización de las tareas (Zaldúa, Bottinelli, Lodieu, Tisera, Gaillard, Pawlowicz y Nabergoi, 2010).

Trabajar es una actividad central de los seres humanos mediante la cual no solo producen transformaciones sobre el mundo, sino que se transforman/producen a sí mismos. Más aún, como parte de la vida social, trabajar es beneficiarse del lugar de hacerse con los/as otros/as. Pero el trabajo puede, por el contrario, obstaculizar la construcción de la identidad y ser fuente de sufrimiento cuando acontece de manera alienada y en condiciones precarias. Puesto que el reconocimiento de los/as otros/as, del/a propio/a sujeto/a y de aquello que el/la sujeto/a produce se encuentra bloqueado por las condiciones en las que se produce el proceso de trabajo.

Los/as trabajadores/as están permanentemente expuestos/as a desarrollos de nuevas tecnologías y técnicas, diferentes lugares de trabajo y cambios sociales u organizativos que inciden en su cotidianeidad (Gil-Monte, 2012). Estos aspectos socio-técnicos y organizacionales, vinculados con la relación salarial y las formas en que están organizadas las instituciones, la producción y el trabajo, configuran las condiciones de trabajo. Al definir las como Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT), Neffa (2016) propone su estudio minucioso para comprender su relación con los procesos de desgaste del/la trabajador/a. Junto con ellas, vislumbrar las dinámicas del reconocimiento (de los/as otros/as, del trabajo y de sí mismo/a) en un contexto de desvalorización de las ocupaciones y/o profesiones vinculadas al cuidado, como lo son aquellas relacionadas con la salud, permite no solo comprender diversas situaciones de vulnerabilidad y/o malestar individual y colectivo sino que posibilita crear estrategias de cambio de dichas condiciones y dinámicas como parte de las estrategias de protección de la salud (Aspiazu, 2017; López, Olivares y Heredia, 2020).

En este marco presentamos algunas puntualizaciones del trabajo de reflexividad crítica sobre las condiciones de producción de los actos de salud de dos equipos de trabajo en el primer nivel de atención. Se trata de un espacio

desarrollado entre el Equipo de Investigación y los/as trabajadores/as de dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el marco de un proceso de Investigación Acción Participativa (IAP). La IAP es una aproximación teórico-metodológica para la investigación psicosocial. En cuanto estrategia, promueve la participación de los/as miembros/as de comunidades y colectivos en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas a partir del incremento del reconocimiento y control de aspectos relevantes de sus vidas cotidianas.

La inclusión de las personas participantes de la investigación en sus diferentes procesos incita a la conciencia socio-política entre quienes participan y los/as concibe como agentes de cambio y no como objetos de estudio.

Desde estas puntualizaciones, este capítulo se propone presentar un recorte del proceso reflexivo de la IAP en torno a la problematización de las CyMAT en tensión con las dinámicas del reconocimiento del trabajo en salud. Partiremos de caracterizar algunos aspectos generales del proceso metodológico desarrollado para centrarnos en las dimensiones de la precarización y las dinámicas del reconocimiento.

## **Puntualizaciones sobre el camino metodológico**

El trabajo de reflexividad crítica del Equipo de Investigación y los equipos de los dos CESAC se desarrolló con 29 participantes (10 del CESACa y 19 del CESACb) de los/as cuales 26 eran mujeres y 3 eran varones. Asimismo, la mayoría (13) eran médicas/os, mientras que el resto eran psicólogos/as (5), trabajadoras/es sociales (3) y de otras profesiones (7), como enfermería, nutrición, fonoaudiología, administración y obstetricia.

Con los/as participantes se estableció un proceso de trabajo que incluyó una pluralidad de métodos y técnicas para la producción de datos, consistente con el enfoque mixto de investigación expresado en la triangulación de técnicas (Cohen y Gómez Rojas, 2018). Las personas fueron incluidas en el proceso de manera intencional en función de los criterios de accesibilidad y voluntariedad. Participaron en cuatro grupos focales para la elaboración del mapeo de cargas físicas, psíquicas y mentales del trabajo, mapeo del riesgo y de interpretación de resultados. Asimismo, se implementó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas sobre condiciones de trabajo, afectaciones en la salud, desgaste laboral y participación con 52 ítems.

## **Los equipos de salud y las CyMAT**

Las CyMAT comprenden todos aquellos elementos que se sitúan en torno al trabajo sin ser el trabajo mismo. Y son, en todo caso, el conjunto de factores que lo envuelven (Peiró y Prieto, 1996). Al indagar las CyMAT de los equipos, la modalidad contractual, el salario, el tiempo y el espacio de trabajo constituyeron los aspectos más relevantes que incidieron en la configuración de los vínculos en el ámbito del trabajo, la organización de las tareas y las afectaciones singulares y colectivas.

En lo que atañe a la situación contractual, todos/as los/as integrantes de ambos equipos eran empleados/as de planta permanente, lo cual resulta una condición que otorga mayor estabilidad laboral respecto a otras modalidades de contratación frecuentes en la esfera laboral, incluso del empleo público, como las modalidades de la locación de servicio o la planta transitoria. No obstante, se relevaron otros aspectos de la relación laboral contractual que aluden a formas de precarización encubiertas relacionadas con

el salario, como las retribuciones no remunerativas y las horas modulares otorgadas de manera discrecional, percibidas como degradantes de la tarea:

Todo lo que tiene que ver con profesionales de cuidado está devaluado. No falta tanto para ser acorde, pero el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires paga bonos no remunerativos, sumas no salariales (aguinaldo, etc.); atrás de paritarias, inestable (Gabriela, mujer, médica, CESACb).

Otro aspecto a resaltar en relación con el salario es que un 69% consideró que su salario no era acorde con la tarea que realizaba, lo que da cuenta de la percepción de la desjerarquización del propio trabajo. Asimismo, 77% de las personas señalaron que “invertían” parte de su salario en materiales, viáticos y recursos que necesitan para garantizar su tarea cotidiana, lo que también incide en su depreciación.

En cuanto al tiempo y a la carga de trabajo, el 65% de las/os participantes indicó que continuaba trabajando en un horario laboral extendido a través de la utilización de tecnologías de la información y comunicación (redes sociales, redacción de informes *online* y llamados telefónicos, entre otras actividades). A su vez, el 50% de las personas remarcó tener otro empleo además del trabajo en el CESAC. Aunque la jornada laboral más frecuente era de 30 horas semanales en este espacio de trabajo, con el segundo trabajo las personas alcanzaban entre 40 y 65 horas semanales laborales. Cabe señalar que, además, todas las personas afirmaron realizar tareas domésticas de cuidado en sus hogares (de las que el 26% eran los/as únicos/as responsables), con lo que la carga de trabajo remunerado y no remunerado resultó significativamente extenuante en todos los casos.

No obstante, se destaca que la concurrencia entre la percepción del salario insuficiente junto con el pluriempleo en el sector de salud no resulta privativo de las personas participantes de este estudio. La ampliación de puestos a tiempo parcial y la caída de las remuneraciones es parte de

una tendencia vinculada al desfinanciamiento de las políticas de salud junto con la feminización del propio campo (Galín, 2002; Novick, 2012). En esta dinámica, la sobreocupación que incluye tanto al pluriempleo como al trabajo de cuidado doméstico constituye un fenómeno que produce un gran desgaste físico y mental, pero también relacional (Pautassi, 2006).

Muchas veces, el reconocimiento intra-institucional de la baja remuneración junto con el pluriempleo implican la organización de ciertos “pactos internos de reducción de horarios” o “acuerdos excepciones” que buscan ser compensatorios de la sobrecarga individual del tiempo de trabajo, pero que ponen en tensión la eficacia de las propias prácticas e implican distribuciones desiguales de las cargas de trabajo en los equipos. A su vez, el actuar desde la “excepcionalidad” de la norma horaria, aunque “casi todos lo hagan”, opera como un disciplinador a la exigibilidad de los derechos laborales y, al mismo tiempo, tiene un coste psíquico ante la “deuda” a quien lo habilita.

Otro aspecto relevante en el abordaje de la CyMAT en ambos CESAC fue que, si bien el 81% consideró que contaba con capacitación profesional acorde a la demanda, el 42% resaltó que los recursos materiales de los que disponía eran insuficientes o inadecuados para cumplir efectivamente con su tarea, incluso aunque se encargaran ellos/as mismos/as de comprarlos o garantizarlos. No obstante, en la indagación de las principales faltas de recursos, el espacio físico surgió como un problema central: *“Falta de consultorios para atender o descansar”*.

La falta de estructuras edilicias adecuadas en los CESAC apareció visibilizada también como la principal causa de malestar en el trabajo ya que redundaba en problemáticas vinculares en los equipos:

Espacio reducido, hacinamiento. No tener lugar propio o del equipo. Dolor de cabeza ante “el no espacio” para comer, para pensar (Nancy, mujer, psicóloga, CESACb).

El entorno en el que se despliegan los procesos de trabajo incide considerablemente en la realización profesional, pero también en las dinámicas grupales y vinculares de los equipos de salud. Los entornos laborales con su cultura y clima organizacional, así como las características estructurales y organizativas de sus espacios edilicios, inciden además en las prácticas de salud. En muchos casos aparecen disputas y tensiones entre las prácticas y/o disciplinas más valoradas, y esto hace que se sientan desplazadas algunas hacia “no espacios” dentro de los edificios:

No tengo ganas de trabajar por las condiciones de trabajo (...). No tengo espacio para nada. Falta de espacio físico (...). (Romina, mujer, administrativa, CESACb).

Estas condiciones en las que los/as trabajadores/as desenvuelven sus prácticas cotidianas con salarios considerados como insuficientes, sobrecarga de trabajo y falta de materiales y espacios físicos ponen en tensión los enunciados de la Atención Primaria de la Salud Integral y llaman a reflexionar respecto a lo que señalaba Mario Testa (1988, p. 77): “la atención primaria de salud se transforma en atención primitiva de salud, un servicio de segunda categoría para población ídem”. Falta, pobreza y precariedad insisten en los relatos de los equipos de salud en lo que respecta tanto a sus propias CyMAT como a las condiciones de vida de la población usuaria de los CESAC (ver en Lenta, Longo, Joskowicz y Tortosa, 2020).

### **Las dinámicas del reconocimiento: lo intersubjetivo, lo comunitario y los derechos**

Si bien el análisis de las CyMAT revela las particularidades de un escenario de trabajo precario en el marco de las políticas de mercantilización de la salud y precarización de los territorios, la reflexión crítica de dichas condiciones,

la interacción con los/as usuarios/as y las posibilidades de responder colectivamente como equipos de salud permite vislumbrar otras dimensiones que inciden sobre el proceso de trabajo y los apuntalamientos subjetivos y colectivos para enfrentar el malestar: las dinámicas del reconocimiento.

Para Honneth (1997), en los procesos de construcción de las subjetividades ocupan un lugar central tres grandes formas de reconocimiento que se presentan de manera combinada y cuya denegación puede movilizar a los/as sujetos/as –individuales y colectivos– a luchar en diversas esferas de sus vidas cotidianas (Di Leo y Camarotti, 2015). Estas tres formas son: el reconocimiento afectivo o amoroso, el reconocimiento jurídico-moral y el reconocimiento ético-social o de la solidaridad.

Surge entonces la pregunta: ¿qué formas asume el reconocimiento en los equipos de salud en estas condiciones de precarización y devaluación del trabajo?

En el proceso de reflexividad con los/as trabajadores/as de los CESAC se observó cómo se despliegan tres formas de lucha por el reconocimiento, su interacción dinámica y permanente, así como también los movimientos que realizan los/as sujetos/as en la (re)construcción de sus identidades profesionales y colectivas frente a las distintas vicisitudes y obstáculos socio-institucionales que se presentan.

El lazo social sostenido en el amor, la amistad y las relaciones de confianza se presenta como una dimensión indispensable para el sostenimiento y desarrollo de las tareas. Tal es así que, frente a la pregunta por la satisfacción en el trabajo, se pondera el apoyo en el equipo y el reconocimiento de los/as propios/as compañeros/as. Esto da cuenta de cómo en la organización del proceso de trabajo las/os trabajadoras/es de la salud accionan en el cotidiano a partir de una serie de estrategias de cooperación (Dejours, 1998) que buscan contrarrestar las políticas de fragmentación, individualismo y enfrentamiento:

El ambiente de trabajo, la relación con compañeros, no estar sola, tener espacios de planificación (Ana, mujer, médica generalista, CESACa).

Reconocimiento, afecto de la gente, ver que están. Respeto, valoración, compromiso, pasión de los compañerxs que eligen trabajar en APS. El grupo humano es muy bueno, no hay malestar, dan ganas de venir a trabajar. La conducción es muy democrática y abierta (Mirta, mujer, psicóloga, CESACb).

El reconocimiento jurídico-moral cobra visibilidad cuando se reflexiona acerca de las CyMAT. La exigibilidad de derechos por parte de los/as trabajadores/as frente a las condiciones de precarización se torna fundamental para el ejercicio de una práctica digna, de respeto, integral e integrada.

La valoración de los/as usuarios/as respecto al quehacer de equipos de salud se erige como una mirada que interpela la identidad de estos colectivos. El reconocimiento a “lo que se hace” y “lo que se es” configura la dimensión ético-social y la solidaridad que impacta en la construcción de la subjetividad de cada una/o de las/os trabajadoras/es de la salud:

Vínculos con otras personas y poder ver los cambios sutiles de algunas intervenciones en las personas. El reconocimiento de los usuarios. Un cartelito de madera que me hicieron los usuarios (Elena, mujer, jefa del centro de salud, CESACb).

Cuando me va bien en un trabajo. Cuando las intervenciones tienen impacto, afectos, vuelven y al menos pudieron pensar en algo (Amanda, mujer, trabajadora social, CESACb).

No obstante, la esfera del reconocimiento ético-social y de la solidaridad también entra en tensión al problematizar la mirada que se percibe desde la sociedad a las acciones de los equipos de salud. Dicha apreciación permite pensar cuáles son los aspectos identificados como indicadores del

reconocimiento social y con base en qué modelos y/o paradigmas se sostienen:

Está desvalorizado el médico. No tiene valor su saber a diferencia de lo que fue y también el cargo actual (Clara, mujer, médica, subjefa, CESACa).

No siento que sea valorada por momentos por la sociedad en sí. Está desfasada la escala de valores y por ejemplo un futbolista es más valorado (Claudia, mujer, pediatra, CESACb).

La formación disciplinar y la lógica hospitalocéntrica que aún persiste en el primer nivel de atención pareciera entrar en conflicto con el trabajo territorial y las demandas que se presentan en los CESAC. *¿Qué se espera de un/a trabajador/a de la salud en el territorio? ¿Cómo se expresa el reconocimiento de los/as usuarios/as en el ámbito de los centros de salud? ¿Qué exigencias y posiciones esperan y asumen las distintas profesiones? ¿Cómo estas se traducen en reconocimiento social?* son algunos de los interrogantes que atraviesan la reflexión sobre el reconocimiento de la comunidad.

La comprensión de la (re)construcción de las identidades, en este caso laborales, como un proceso dinámico y en permanente movimiento permite pensar qué aspectos posibilitan un devenir diferente al estereotipo profesional, más allá del horizonte biomédico y hegemónico que exige pensar la salud con el foco preponderante en la enfermedad. Reconocerse en el propio quehacer junto con otros/as compañeros/as de equipo, pero también usuarios/as, conforma una vía para revalorizar la producción de las prácticas cotidianas y, al mismo tiempo, problematizar las condiciones precarias de trabajo que obstaculizan otras formas de reconocimiento y que conjuran desgaste y malestares naturalizados.

## Comentarios finales

Las dinámicas de la exclusión social y la falta de acceso a derechos básicos de la población usuaria convergen en lo que podríamos denominar procesos de (re)precarización de la vida, cuando las políticas, programas y dispositivos para la atención también encuentran a sus trabajadores/as con sus derechos vulnerados. Sin embargo, estos procesos, que a menudo se encuentran naturalizados y cristalizadas en las dinámicas cotidianas de trabajo, pueden ser visibilizados y cuestionados por los equipos de salud en los espacios de encuentro y reflexividad crítica. Al objetivarlos, en sus magnitudes y dimensiones, resulta posible identificarlos como nudos críticos que obstaculizan las prácticas y, por momentos, las frustran. Pero no las paralizan, en la medida en que comienzan a desnaturalizarlos, historizarlos y a co-pensar en estrategias de transformación.

Incluir en los espacios colectivos de reflexión crítica de los equipos no solo la puesta en común de las condiciones desgastantes del trabajo y las afectaciones y padecimientos percibidos individualmente, sino también la posibilidad de imaginarse trabajando con otras condiciones dignas, necesarias y legítimas, habilita el desencadenamiento de procesos colectivos de exigibilidad de derechos, frente a las estrategias individuales empleadas para sortear el malestar cotidiano de manera individual.

En estos equipos, la co-producción de políticas de cuidado basadas en el reconocimiento del/a otro/a y sus padecimientos, así como la transformación del malestar individual en exigencia de derechos colectiva ponen en tensión a la producción liberal de tecnologías necropolíticas que, como sostiene Estévez (2018), operan a través de las regulaciones tecnocráticas que el Estado ejecuta para administrar el sufrimiento social.

## Bibliografía de referencia

- Cohen, N. y Gómez Rojas, G. (2019). *Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños*. Buenos Aires: Teseo.
- Cullen, M. (1999). Personal reflections on occupational health in the twentieth century: spiraling to the future. En *Annual Review of Public Health*, 20, pp. 1-13.
- Dejours, C. (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors y M. Guiho-Bailly (comps.). *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* (pp. 11-21). Buenos Aires: Lumen.
- Di Leo, J. P. y Camarotti, A. C. (2015). Introducción. En J. Di Leo y A. Camarotti (coords.). *Individuación y reconocimiento: experiencias de jóvenes en la sociedad actual* (pp. 13-15). Buenos Aires: Teseo.
- Galín, P. (2002). Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina". En *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 8 (15), pp. XX-XX.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. En *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública*, 29 (2), 237-241.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- López Cabrera, M. V.; Olivares Olivares, S. L. y Heredia Escorza, Y. (2020). Cultura profesional en las escuelas de medicina: una interpretación del educador médico. En *Med.Sci.Educ.* 30, pp. 281-286. Disponible en <https://bit.ly/2GX8RSi>.
- Neffa, J. C. (2016). *Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio*. Moreno: UNM.
- Novick, M. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud. En

- AA.VV. *Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú* (pp. 38-50). Washington, D.C.: OPS.
- Pautassi, L. (2006). El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención. En Rico y Marco (coord.). *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina* (pp. 193-233). Buenos Aires: CEPAL/GTZ/Siglo XXI.
- Peiró, J. M. y Prieto, F. (1996). *Tratado de Psicología del Trabajo. Volumen 1: La actividad laboral en su contexto*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Sousa Santana, V. (2012). Empleo, condiciones de trabajo y salud. En *Salud Colectiva*, 8, pp. 101-106.
- Testa, M. (1988). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. En AA.VV. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 75-90). Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Lodieu, M. T.; Tisera, A.; Gaillard, P.; Pawlowicz, M. P. y Nabergoi, M. (2010). Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los/as médicos/as de las guardias hospitalarias. En G. Zaldúa y M. Bottinelli (coords.). *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas* (pp. 29-46). Buenos Aires: EUDEBA.
- Zaldúa, G.; Lodieu, M. T.; Bottinelli, M. y Pawlowicz, M. P. (2010). Cuestiones desde la epidemiología crítica: trabajo y salud. En G. Zaldúa y M. Bottinelli (coords.). *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas* (pp. 17-28). Buenos Aires: EUDEBA.