

JORNADAS TRABAJO SOCIAL, SALUD E INTERDISCIPLINA
CAMPANA, BUENOS AIRES – 8 de Noviembre de 2002

TEMA

“TRABAJO SOCIAL Y SALUD: concomitantes teórico
epistemológicos y metodológicos del concepto de salud en la
intervención profesional”

Ernesto F. Max Agüero
Doctor en Servicio Social
UNT – UNJu - UCSE

Abordar un tema como el propuesto conlleva, en el marco de estas Jornadas y su temática, aproximar algunas ideas en torno a las implicancias o concomitantes teóricos, epistemológicos y metodológicos que el concepto de salud posee en y para la intervención profesional del Trabajador Social. Por lo que intentaremos definir algunas líneas que posibiliten el intercambio de opiniones o la construcción de reflexiones en relación con la temática.

Dichas líneas de trabajo surgen de la elaboración permanente de contenidos en el marco del “Seminario de Integración Metodológica” de la Carrera de Licenciatura en Educación para la Salud, espacio curricular compartido con la Licenciatura en Trabajo Social, ambas de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy, de la realización de experiencias, del intercambio de las mismas y de la necesidad de de-construir y reconstruir permanentemente nuestros referentes teórico metodológicos.

Hablar de concomitantes teórico epistemológicos y metodológicos del concepto de salud en la intervención profesional, nos advierte acerca de una primera consideración que creemos debemos realizar para “dejar sentado” que desde nuestra perspectiva la temática posee el alcance y significación que enuncia Bibiana Travi (2001) citando a Margarita Rozas, con respecto al objeto de intervención y ella es que, “la construcción de un objeto de intervención, no es una construcción puramente racional o producto de un cierto ordenamiento empírico (...) sino en contraposición, entendemos esa construcción como un proceso teórico práctico, en el sentido que toda intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que le permite recrear dichos conceptos en la realidad social”, por lo que “realidad y conceptos se relacionan dialécticamente como construcción de un saber especializado y mediado por una metodología, a lo que agregaríamos, en determinadas condiciones de producción y reproducción.

Son desde nuestra comprensión esas condiciones expresadas en determinados proyectos políticos, económicos y sociales los que contribuyeron, a su vez, no solo a la construcción de determinados proyectos disciplinares y profesionales funcionales sino también a la de sus contrarios y valga en este

sentido esta premisa para aplicarla al estudio de la relación del concepto de salud en el campo del Trabajo Social y de sus consecuencias.

La modernidad, como gran concepto que intenta nombrar una época, se puede identificar por algunos rasgos generales.

El rasgo fundante, desde el punto de vista simbólico cultural, lo constituye la ruptura del hombre con lo divino y en ello con su determinado orden social y con su modo de explicación del mundo. Ésta ruptura expresa la experiencia humana de la pérdida de los relatos sagrados reflejando la emergencia de la modernidad. (Luis Jalfe, 1987 – Norberto Baranchuk, 1996)

Dice Susana Malacalza (1996) que puede ubicarse al período modernidad a partir del siglo XVI con la emergencia del proyecto de autonomía (individual y social) y con la instauración del capitalismo y su etapa de consolidación (siglo XVIII en adelante), en el cual, expresa la autora, “la razón ilustrada burguesa intenta la construcción de un proceso histórico emancipador que, conjugando libertad y necesidad, llegue por fin a una humanidad feliz, lo que implicó un proyecto integral de sociedad, es decir, un proyecto económico, social y cultural: el capitalismo”.

Por primera vez, sigue diciendo Malacalza (1996), “en la era cristiana la filosofía rompe con la teología, se produce una enorme aceleración del trabajo y una expansión de los campos de la ciencia racional. La tradición y la autoridad pierden, poco a poco su carácter sagrado y la cuestión de la autonomía política, social e individual cobra fuerza, acompañada de nuevas actitudes psíquicas, mentales e intelectuales que trascienden la esfera política para penetrar otros dominios: la familia, las formas de propiedad, las relaciones entre los sexos, la educación, la salud y la organización económica”.

Resumiendo diremos, la modernidad expresa:

- La emergencia del racionalismo y en tal sentido el reconocimiento de que si la razón orienta las conductas humanas, la perfección es su consecuencia natural;
- En el orden económico se originan las economías nacionales que generaron un modo particular de acumulación y consumo de bienes, alimentando la ideología del progreso indefinido que debía conducir al bienestar y felicidad de la humanidad;
- En el orden político la conformación de los estados nacionales y su andamiaje jurídico;
- Desde el ámbito de lo cultural, la ciencia, la moral y el arte son los pilares legitimadores de la modernidad, en especial, la ciencia que como modelo de aquello que se entiende por progreso y razón, se hace sinónimo de racionalidad, generando nuevas visiones que separan aquellos que saben de los que no saben;
- El ideal de autoemancipación y dominio homogéneo sobre la realidad.

Así la modernidad, dice Norberto Baranchuk (1996), “tiene sus palabras y conceptos característicos que hacen fácil el reconocimiento de su discurso y de sus portadores. Entre ellos figuran racionalidad, homogeneidad, universalidad, emancipación, progreso, orden, determinismo, unidad”.

Tal vez incurriendo en una muy apretada síntesis podemos señalar, teniendo en cuenta este y nuestro contexto y ubicados en el campo del Trabajo Social, que no son otras que las condiciones propias de las etapas que Arturo Fernández y Margarita Rozas (1984) denominan de “inserción capitalista” y luego de “desarrollo capitalista”, las que pusieron de relieve la necesidad de poner a determinados sectores poblacionales en condiciones de producir.

En la urgencia, para la época y como una de las cuestiones centrales que reflejan, tal como sostiene Margarita Rozas (2002), la instauración de las bases de la modernidad en Argentina, de los valores occidentales y del desarrollo capitalista, es la aparición en escenario de la cuestión de la salud y con ella, la institucionalización de servicios de salud inspirados en el modelo o sistema francés de salud y otras manifestaciones tales como la Junta de higiene o la Junta de Sanidad del Puerto.

La consecuencia inmediata de este interés también se expresa en la institucionalización de las que la misma autora denomina “protoformas de la intervención profesional”, entre las que al respecto podemos mencionar a las Visitadoras de Higiene Social. Ello sienta a su vez las bases para lo que luego conoceremos como “modelo de formación e intervención para médico, de carácter instrumentalista, apoyado en un concepto netamente higienista y/o biólogo de la salud.

Desde esta perspectiva, las intervenciones se relacionan con:

- El éxito en la prevención de enfermedades, en tanto ello servía a los fines de la puesta en condiciones de los sectores poblacionales, principalmente urbanos para insertarse en el proceso de desarrollo capitalista local;
- El éxito en la configuración de un mundo representacional asociado al orden, progreso y normalización propios de ese proceso y,
- Con la funcionalidad al proyecto moderno.

Alfredo Carballada, Arturo Fernández, Margarita Rozas, Norberto Alayón, Estela Grassi entre otros muchos autores dan suficiente cuenta de estas cuestiones en sus producciones.

A mediados del siglo XX, la instauración de la idea de estado de bienestar Keynesiano se asocia en su estilo de desarrollo y en su concepto de necesidad al proyecto político social, económico y cultural propio de este estadio del capitalismo y de la modernidad, que en Argentina asume la expresión de “desarrollo industrial por sustitución de importaciones” (A. Fernández – M.

Rozas, 1984), el cual permite redefinir “la manera en que dentro del sistema se organizarán y asignarán recursos humanos y materiales con el objeto de resolver los interrogantes sobre qué, para quiénes y cómo producir bienes y servicios” (Miguel Trotta, 1996).

Desde esta línea se arbitra y construye una red estratégica de políticas sociales universalistas, en la cual se incluyen las acciones de salud, todas éstas sustentadas en la idea de derechos sociales.

Esas acciones de salud se apoyan en una concepción sanitarista, en tanto se orientan no solo a los factores directos de la enfermedad, sino también a los denominados factores indirectos (R. Alzugaray, 1988).

Ello además implicaba:

- Atender no solo las necesidades de salud de los sectores incorporados al proceso productivo, sino también a otros amplios sectores pobres de la población y,
- La tecnificación de los agentes de la acción social y de salud, entre ellos los Trabajadores Sociales, orientados a la educación y prevención de la salud y a la tarea comunitaria.

Si bien la perspectiva, la cualidad y el alcance de las intervenciones en salud varían con respecto al modelo anterior, sostenemos, siguen estructuralmente respondiendo a la necesidad de éxito en la prevención de enfermedades con vistas a la inserción de los agentes en el proceso productivo, asegurando el recambio necesario de mano de obra y fuerza de trabajo, al éxito en la instauración del modo representacional propio de la idea de progreso y orden del nuevo modelo y al equilibrio de este estadio de desarrollo.

Este proceso, sin dudas, marca el auge de los Centros de Formación y profesionalización de los Trabajadores Sociales que refuerzan el perfil esperado a través de la inclusión en la curricula de asignaturas tales como Medicina Asistencial y Preventiva, Psicopatología, Puericultura, Nutrición, Higiene General, Educación Sanitaria, Higiene Mental, etc. y que se repiten y mantienen con una u otra designación en este momento histórico, hasta muy posteriormente y en la actualidad centrando el eje teórico práctico en la enfermedad, en la normalización y en la capacidad tecnológica de las intervenciones.

Sabemos, por lo menos desde la experiencia de los centros de formación de nuestra región que tales visiones, forjadoras de prácticas profesionales concebidas desde una perspectiva tecnicista, aún en espacios curriculares particulares descansan sobre estos coexistentes conceptos de salud, tal vez como rasgo propio del fenómeno, que A. Fernández y M. Rozas (1984) denominan de “persistencia institucional”.

Creemos que los señalados, son momentos importantes que definen la relación histórica teórico epistemológico y metodológico del Trabajo Social con el concepto de salud y desde ésta con la intervención profesional, la cual progresivamente fue privilegiando una lógica y modos interventivos individualizados desde las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

También creemos en consecuencia, que a pesar de los esfuerzos de reconceptualización, de los aportes acerca del sujeto y la idea de salud realizados por Pichón Riviére que fueran incorporados por el Trabajo Social y luego de emprender el proceso de resignificación disciplinar y profesional, esa persistencia institucional de la que hablábamos, se ha sostenido en muchos contextos en forma disimulada o explícita por la fuerza simbólico hegemónica de sus medios institucionales. Ello bajo la lógica de la modernidad y el férreo impacto de las teorías positivistas y su modelo científico.

Al respecto expresa Norberto Baranchuk (1996), “la modernidad implica un pensamiento sobre la salud que se articuló sobre conceptos fundamentales de Progreso, Verdad y Universalidad. Estas ideas se pueden ilustrar con manifestaciones tales como “Salud para todos en el año 2000”, “saber médico” y con el Método CENDES/OPS”, lo cual da cuenta:

- que no habrá salud para todos en el año 2000, lo que desnuda la realidad de la sociedad de nuestros días y que el enunciado contrario se nos presenta carente de significado y como formando parte de la reconstrucción mítica de una utopía que es funcional a las estructuras de poder;
- que en la relación salud / enfermedad, se ha privilegiado “la verdad médica”. El individuo enfermo, pasivo y dependiente, era el receptor de un discurso unidireccional. Este rasgo autoritario, dice Baranchuk, se correlaciona con la concepción biologicista del proceso salud enfermedad y el de un hombre que en el interior de la conceptualización, no posee biografía ni socialidad y,
- de la utilización de mecanismos técnicos de planificación e intervención normativos.

Son a esta altura, los procesos de constitución de nuevas condiciones de orden mundial, las nuevas expresiones del estadio actual del capitalismo, la internacionalización de la economía, la revitalización del ideario liberal clásico y conservador, el agotamiento del estado de bienestar keynesiano, la emergencia de nuevas expresiones en la relación imaginario / representaciones sociales y vida cotidiana, los que en la contemporaneidad dan cuenta de nuevos procesos identificatorios individuales y colectivos, relacionados con:

- El proceso de profunda transformación estructural que se revela simultáneamente en las instituciones responsables de la cohesión social y en las relaciones entre economía y sociedad;
- La configuración de la llamada “tercera revolución industrial”;

- Las nuevas formas de generación y distribución del poder en la sociedad;
- Los problemas de adecuación al desarrollo de nuestras sociedades en base al conocimiento y la información con la consecuente producción simultánea de fenómenos de mayor igualdad pero también de mayor desigualdad, de mayor homogeneidad y de mayor diferenciación;
- La redefinición y construcción del concepto de ciudadanía;
- El cambio de sentido de la segmentación y la desigualdad;
- Las tendencias actuales en promover y aplicar los avances de la genética, la selección genética y el resurgimiento muchas veces encubierto de teorías que tienden a explicar la vigencia de determinados patrones de conducta, de los niveles de desarrollo cognitivo personal y la ubicación en la estructura social en base a factores genéticos, lo que supone que la información genética podrá predecir trayectorias de vida, redefiniendo una vez más las relaciones sociales, abriendo la posibilidad de constitución de una sociedad con nuevas formas de discriminación, de organización de la justicia y de acceso a bienes y servicios.

Son estos procesos y tendencias que algunos autores denominan postmodernas, las que ponen de manifiesto lo que ya en 1992 expresaba Raquel Castronovo, en el sentido que muchos colegas comenzaban a sospechar luego de tanto camino recorrido, de tanta tinta convertida en letra, de tanto ejercicio profesional, de haber desarrollado el afecto por la tarea, de aceptar las limitaciones y reconocer los logros, de despejar lo contradictorio y hasta de aceptarlo, que los soportes teóricos y metodológicos de la profesión se desmoronaban al igual que los de las Ciencias Sociales ante la contundencia de las nuevas condiciones y a ver cómo la intervención constituía al Trabajador Social en “gerente de la miseria”.

Son estos procesos los que llevaban a muchos de nuestros autores y colegas a plantear la necesidad de resignificar el concepto de salud, comprometido en estos cambios y en la complejidad como lo social mismo.

En este nuevo contexto la definición de la OMS acerca de la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad”, aunque ideal aparecía apoyada en una concepción más integral del hombre y representaba un avance sobre las postulaciones científicas del siglo pasado, heredadas de las ciencias de la naturaleza que concebían a la ciencia, en sus premisas y en sus desarrollos, desgajada del contexto social en el que surge y regida por valores de neutralidad y objetividad.

El análisis de la realidad social y ella misma en tanto como expresa Malacalza (1998) constituye “la unión y la tensión entre instituyente e instituido, entre historia hecha e historia que se hace”, pone de manifiesto que el

concepto de salud es siempre relativo a un tiempo, un espacio, determinadas condiciones de producción y una cultura.

Desde esta perspectiva, sostienen Alonso, Rivera y Riera (1999), para arribar a un concepto de salud no basta sólo con reconocer las dimensiones físicas, psíquicas y sociales contenidas en la definición de la OMS, sino también y en función de lo antes apuntado, interrogarse acerca de lo que es deseable y lo que desea en salud una comunidad.

Recuperando los aportes de sociólogos y antropólogos de principios de siglo XX, podemos decir que los condicionamientos del orden político, económico y social dentro de una sociedad dada, avalan una determinada valoración cultural de la salud de sus miembros y ello da cuenta de su complejidad en tanto salud / enfermedad:

- No se reduce a la evidencia orgánica, natural, objetiva, sino que está íntimamente relacionada con las características de cada sociedad;
- Es realidad construida por sujetos sociales. Es representación que manifiesta la concepción específica de una sociedad como un todo y vehículo de mediación entre sujetos y el mundo.
- Es discurso acerca de sí y sobre el cuerpo que corresponde a la coherencia o las contradicciones de una sociedad en la visión del mundo y de su organización social;
- Es ventana para la comprensión de las relaciones entre individuos / sociedad y viceversa, de las instituciones y de sus mecanismos de dirección y control;

Es esta complejidad, sostiene María Souza Minayo (1995) comentando a Conti, la que es reducida por las necesidades de los sectores hegemónicos que imponen sus propios conceptos como si fuesen los de la sociedad en su conjunto, centrando el concepto de salud / enfermedad en la biología individual y escamoteando así, su carácter de fenómeno social.

Pareciera entonces y sin paradojas que es el capital, afirma Pollack (1972), el que fija previamente la posible duración media de la existencia para los diferentes estratos sociales y distribuye tácticamente su sentencia de muerte.

Situados en este estado de la cuestión y desde esta perspectiva de salud, los concomitantes para el Trabajo Social, se redefinen en el sentido que desde su perspectiva es necesario redefinir las estrategias interventivas desde el espacio teórico metodológico de construcción del concepto que nos ocupa.

En tal sentido, tarea necesaria es la definición del Trabajo Social mismo y ello nos lleva a reconocer que éste es intervención científica que se enmarca en las Ciencias Sociales. Intervención científica que “construye mediaciones en vínculo con las nuevas condiciones de producción material, social y simbólica por las que atraviesan los sujetos sociales en su vida cotidiana”, lo cual

consideramos, “exige competencia teórico-metodológica y ético-política en relación con la nueva cuestión social”, dirigiendo su esfuerzo a “encontrar ojos para ver, palabras para conformar un lenguaje, herramientas para deconstruir discursos, vías para adentrarse en las contradicciones de eso que denominamos *realidad social*, develando su régimen de mirada” (Teresa Matus Sepúlveda, 1999).

En este marco entendemos que la tarea se centra en el proceso de construcción permanente de la salud como expresión mediadora en la vida cotidiana de los sujetos, de éstos entre sí, la sociedad y el mundo, “sosteniendo el respeto y el reconocimiento de las diferencias como sucesos que cohabitan en el mundo” (Max Agüero, 2002).

Ello nos lleva a “tener en cuenta las perspectivas de análisis del contexto social, el espacio teórico y la inscripción de la práctica, el lugar epistemológico y las cuestiones éticas, como formas de comprender desde que racionalidad hemos pensado, pensamos y ponemos en acto la intervención”, en este caso en salud, perspectiva trabajada por Teresa Matus desde la idea de *comprensión social compleja*” (1999).

Desde ese esfuerzo de comprensión y desde el Trabajo Social, **salud**, en tanto categoría conceptual, analítica y operativa **merece** en términos de intervención:

- a) Claridad teórico epistemológica en su abordaje, lo que supone e implica la decisión ético política de establecer un lugar desde donde nombrar las cosas;
- b) Situar el proceso salud en el marco de las expresiones sociales, teniendo en cuenta que si bien salud constituye un aspecto de lo social, refiere a la vez al todo del mismo y como tal da cuenta de “los modos de mediación simbólica que construyen los agentes sociales (sujetos, grupos o comunidades) en su vida cotidiana en relación con sus necesidades y demandas sociales en vínculo con las condiciones de producción material, social y simbólicas, en un espacio, tiempo y tiempos determinados” (Max Agüero, 2002), lo que supone teórica y metodológicamente hablando, “una rigurosa comprensión social” (Matus Sepúlveda, 1999).
- c) La superación de lo que Rivero (2000) denomina “limitación identitaria”. Superación que constituye, señala el autor y compartimos, un reto epistémico, en dos sentidos:
 - Con respecto a los agentes sociales: en el sentido de poder comprender la o las posiciones de campo de los mismos, pues éstas generan determinados intereses, necesidades y aspiraciones personales particulares, de campo y con respecto a los que ocupan otras posiciones en el mismo campo u otro, según el momento socio-histórico y en éste, según los “depósitos históricos de sentido”, tal como lo denomina Berger y Luckmann (1997).

- Con respecto al Trabajador Social: en el sentido que como profesionales de lo social podamos ser capaces en nuestra intervención de superar la tendencia autoreproductiva propia de la pertenencia a un determinado segmento socio-estructural de la sociedad. Pertenencia y tendencia que muchas veces genera la reproducción de ideales desde fuera, desde otra identidad, desde un universo cuya actividad vital cotidiana transcurre fuera del entorno que se pretende transformar;
- d) Intervenir desde el modo de vida de los sujetos / agentes, considerándolos como tales, teniendo en cuenta que esos modos de vida son solo mediaciones que se presentan reales, pero que no lo son, sino que dan cuenta de lo real, en tanto son marcas objetivadas o manifestaciones del mundo simbólico que las sostiene en determinadas condiciones de producción.
- e) Reconocer que un aspecto fundamental de lo que podemos concebir como salud, requiere lograr la cualificación de saber social y saber disciplinar en relación con la puesta de los sujetos, grupos o comunidades como agentes sociales en relación con sus condiciones de existencia, lo cual los involucra como ciudadanos, con posibilidades de pensar y accionar con la noción de salud y con las formas de mediación que construye / reproduce con respecto a éstas.
- f) No intentar en abstracto comunicarnos una idea o noción de salud, pues la construcción concreta de la misma se afianza en cada región simbólica y socio-histórica. Se hace difícil señalar qué cosa entendemos por salud sin incluir este lugar, lo cual supone la construcción permanente del objeto de nuestra intervención, teniendo en cuenta además, que una concepción o noción de salud no puede ser ajena a la concepción general del país y sus ciudadanos.
- g) Recortar la cuestión de la salud, lo cual implica tener en cuenta otras perspectivas de observación, reflexión, comprensión e intervención que superen las tradicionales, pero además, no ya más centrar la misma en la ausencia de enfermedad.
- h) En tal sentido y teniendo en cuenta lo dicho, abordar e intervenir en salud desde esta perspectiva supone una Epistemología Convergente, a través de la cual y su metodología se puedan realizar dos niveles de operaciones: una a nivel de conciencia ciudadana y otra a nivel de formas concretas de mediación (prácticas, instrumentos, etc.) lo que involucra a sujetos y profesionales.
- i) Tener en cuenta que si bien las experiencias en Ciencias Sociales y Humanas no pueden verificarse como en ciertos experimentos físicos o químicos, las intervenciones, insistimos, son rigurosas. Para el caso ello supone tener presente desde qué modelo se interviene, cuáles son sus recursos teóricos y técnicos.

j) Tener en cuenta que esos invariantes responden a cuestiones metodológicas asociadas a:

- la relación Trabajador Social / equipo – agentes sociales,
- a la necesidad del abordaje de la cuestión de la salud en forma interdisciplinaria,
- a los instrumentos y técnicas de trabajo con relación a la población,
- la forma de gestión,
- tipo y metodología de análisis frente a la demanda,
- el tipo de concepción en la formación de quienes integran un equipo.

Podemos terminar diciendo, la salud será siempre una nueva experiencia en la que repetición y reproducción aparecen como sus enemigos, experiencia que será posible a partir de las condiciones de posibilidad que cada grupo social ofrezca para producir salud y este Encuentro, creo, constituye condiciones de posibilidad para esta experiencia de encontrarnos “ocupados” en una praxis, la de la reivindicación de la salud como forma constante de producirla.

BIBLIOGRAFÍA

ESCALADA, Mercedes - SOTO, Silvia - TRAVI, Bibiana y otras. “El Diagnóstico Social: Proceso de Conocimiento e Intervención Profesional”. Editorial Espacio. Bs. As. Argentina. 2001.

JALFEN, Luis Jorge. “El compromiso con la libertad”. Editorial Galerna. Bs. As. Argentina. 1987.

BARANCHUK, Norberto. “Salud y Postmodernidad”. Editorial Almagesto. Bs. As. Argentina. 1996.

MALACALZA, Susana. “La cuestión de la razón en la Teoría: aproximaciones tendientes a aportar al debate en Trabajo Social” – “Lo social, el sujeto y los procesos identificatorios: aportes para reflexionar desde el Trabajo Social”. En Revista “Escenarios”. 1996 y 1998, respectivamente. Edición de la Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de la Plata.

FERNÁNDEZ, Arturo – ROZAS, Margarita. “Políticas Sociales y Trabajo Social”. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina. 1984.

ROZAS PAGAZA, Margarita. “La intervención profesional en relación con la cuestión social: el caso del Trabajo Social”. Editorial Espacio. Bs. As. Argentina. 2002.

CARBALLEDA, Alfredo. “Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad”. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. Bs. As. Argentina. 2000.

ALAYÓN, Norberto. “Hacia la Historia del Trabajo Social en Argentina”. CELATS, ediciones. Lima, Perú. 1980.

GRASSI, Estela. “La mujer y la profesión de Asistente Social: el control de la vida cotidiana”. Editorial humanitas. Bs. As. Argentina. 1989.

TROTTA, Miguel. "El concepto necesidad y estilos de desarrollo". Ediciones Dunken. Buenos Aires, Argentina. 1996.

ALZUGARAY, R. "Ramón Carrillo: el fundador del sanitarismo nacional". Centro Editor de América Latina. Bs. As. Argentina. 1988.

CASTRONOVO, Raquel y otros. "Aproximación a los modelos teóricos en los orígenes del Trabajo Social: los beneficios secundarios del desconcierto". En Sociedad N° 1. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. 1992.

ALONSO, Joaquín - RIVERO, Ramón – RIERA, Celia. "Autodesarrollo comunitario: teoría y método". Edición Mimeo. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Cuba. 1999.

RIVERO, Ramón. "Retos del Trabajo Social Comunitario en los umbrales del siglo XXI". Edición Mimeo. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Cuba. 2000.

SOUZA MINAYO, María. "El desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en Salud". Editorial Lugar. Bs. As. Argentina. 1995.

POLLACK, N. "Medicine du capital". Editorial Maspero. París. Francia. 1972.

MATUS SEPÚLVEDA, Teresa. "Propuestas contemporáneas en Trabajo Social". Editorial Espacio. Bs. As. Argentina. 1999.

BERGER, Peter - LUCKMANN, Thomas. "Modernidad, pluralismo y crisis de sentido: la orientación del hombre moderno". Editorial Paidós. Barcelona, España. 1997.

MAX AGÜERO, Ernesto. "Apuntes: Intervención Comunitaria, la gestión de los saberes sociales". Edición UnITS – FHyCS, Universidad Nacional de Jujuy – Asociación de Trabajadores Sociales de Tucumán. Argentina. 2002.