

CARTOGRAFIÁNDONOS. EXPERIENCIA DE TRABAJO VIVO EN ACTO TRANSDISCIPLINAR EN ÁMBITO ACADÉMICO.

MAPPING OURSELVES. LIVED WORK EXPERIENCE IN ACROSS-DISCIPLINARY ACT WITHIN AN ACADEMIC ENVIRONMENT

CARTOGRAFANDO NOS. EXPERIÊNCIA DE TRABALHO AO VIVO EM UM ATO TRANSDISCIPLINAR NO CAMPO ACADÊMICO

Autores: Fabiana Vázquez¹; Susana Manzur²; Sandra Cevilán³

RESUMEN

En el presente relato se propone compartir una vivencia que emerge desde la comunicación transdisciplinaria, donde participan diferentes profesionales del equipo de salud, motivadas por medio de una consigna de trabajo final en el Seminario de Salud Comunitaria de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria, Universidad Nacional de Santiago del Estero, durante el año 2020. Específicamente se procura mostrar la vivencia desde una diversidad de experiencias en las trayectorias de trabajo del grupo, que durante esta formación pudo abordar otros sentidos en relación a sus praxis, a partir de articulaciones y construcciones desde el diálogo mediante fuentes teóricas de diferentes procedencias. Desde allí se inició un recorrido de cada trayectoria profesional en el sistema de salud, intentando rescatar los pensares, sentires y vivires en el cuidado de la salud, reconociéndose en el trabajo vivo en acto (Merhy, 2009). De esto surge la construcción de una *cartografía sentimental* tomando la propuesta de S. Rolnik (1989), para reconocer desde las subjetividades, interpelándose el mundo conocido, “perdiendo los sentidos y formándose otros”(p.1), creando nuevos sentidos desde el campo vibracional, reconociendo su mismidad y otredad, produciendo conocimientos profesionales para trascender y ampliar las posibilidades de desarrollar un ejercicio profesional humanizado y comunitario en el campo de la salud, más justo.

Palabras clave: cartografía; comunicación transdisciplinaria; trabajo; sistema de salud; atención primaria de la salud.

1. Licenciada en Educación para la salud. Institución de referencia.

Contacto: vazquezfabianaalejandra@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-7155-0497>

2. Licenciada en Psicología. Institución de referencia. Contacto: sumanzur@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1267-3144>

3. Licenciada en Enfermería. Institución de referencia. Contacto: sandra.cevilan@unc.edu.ar
<https://orcid.org/0000-0003-3877-9729>

ABSTRACT

The present story seeks to share a lived experience which emerged from cross-disciplinary communication, in which different healthcare professionals participated, encouraged by a final work requirement of the Community Health Seminar belonging to the Family and Community Health Master Degree Course in the National University of Santiago del Estero during the year 2020. The purpose is to show the lived experience from a diversity of experiences throughout the teamwork process, which was able to approach other senses in relation to praxis since it was based on dialogical articulations and constructions of theoretical sources of different origin. From this standpoint, each professional trajectory in the healthcare system was observed in an attempt to rescue the thoughts, feelings and lived experiences within healthcare, recognising one's own actions by living work in the act (Merhy, 2009). It is from this point that the construction of a sentimental mapping emerges, taking into account S. Rolnik's idea (1989) so as to refer to recognition from the standpoint of subjectivities, questioning the known world, losing some senses in pursuit of developing others (p. 1), creating new senses from the vibrational field, recognizing sameness and otherness, producing professional knowledge to transcend and widen the chances of developing a fairer, humanized and community-oriented professional practice in the healthcare field.

Key Words: Mapping. Cross-disciplinary communication. Work. Healthcare system. Primary care attention.

RESUMO

Neste relatório propõe-se partilhar uma experiência que emerge da comunicação transdisciplinar, onde participam diferentes profissionais da equipa de saúde, motivados através de um trabalho de conclusão de curso no Seminário de Saúde Comunitária do Mestrado em Saúde Familiar e Comunitária, Universidade Nacional de Santiago del Estero, durante o ano de 2020. Especificamente, busca mostrar a experiência a partir de uma diversidade de experiências nas trajetórias de trabalho do grupo, que durante esta formação foi capaz de abordar outros sentidos em relação à sua práxis, a partir de articulações e construções. do diálogo por meio de fontes teóricas de diferentes origens. A partir daí, iniciou-se um percurso de cada trajetória profissional no sistema de saúde, buscando resgatar os pensamentos, sentimentos e vivências no cuidado à saúde, reconhecendo-se no trabalho vivo (Merhy, 2009). Daí surge a construção de uma cartografia sentimental a partir da proposta de S. Rolnik (1989), de reconhecer a partir das subjetividades, questionar o mundo conhecido, “perder os sentidos e formar outros” (p.1), criando novos sentidos a partir do campo vibracional, reconhecendo sua mesmice e alteridade, produzindo saberes profissionais para transcender e ampliar as possibilidades de desenvolver uma prática profissional mais justa e humanizada no campo da saúde.

Palavras-chave: cartografia; comunicação transdisciplinar; trabalho; sistema de saúde; atenção primária à saúde.

INTRODUCCIÓN

La siguiente narrativa interdisciplinaria, parte de una actividad de posgrado en la maestría en salud familiar y comunitaria, esta producción colectiva dio lugar a la creación de una cartografía sentimental.

El objetivo se orienta a efectuar una revisión crítica de las propias prácticas, a partir de diferentes analizadores, los malestares, desafíos y esperanzas de transformar el campo de la salud desde los espacios micropolíticos de sus posiciones, juegos y lógicas.

Durante la misma se realizaron lecturas en torno a la revisión de las experiencias de trabajo. A partir de los artículos de Franco y Merhy (2009), se sugiere poner en acción *analizadores(a)* considerando el siguiente interrogante: *¿en las acciones que realizamos cotidianamente, ¿qué consideramos inútiles y por qué?* Esto permitió poner en tensión y dialogar sobre esos temas que están invisibilizados en la micropolítica cotidiana, donde como individuos y colectivos somos productores en y desde cada proceso relacional y en los modos de actuar.

Durante los procesos dialógicos surgidos de ese ejercicio se evidenció la dificultad de encontrar un punto en común. El consenso se pudo construir a partir de las coincidencias en las miradas de cada participante surgidas de interrogantes que fueron emergiendo en el proceso relacional. Los interrogantes principales fueron: *¿Cómo se encontraban las profesionales siendo cuidadoras? ¿De qué manera es cuidado un cuidador? y ¿la salud es igual para el que cuida?* Estas preguntas representaron algunos tópicos que en lo habitual no hacemos referencias, generalmente no discutimos o no las planteamos para ejercitar revisiones, ello permitió al grupo construir los *analizadores*.

A partir del trabajo colaborativo, en las conversaciones sobre diferentes planos y momentos de las profesionales de salud, se fue dando el devenir cartográfico (Benet, M. et.al. (2016).

La cartografía implica una mirada atenta a los flujos de intensidades y a las afecciones que permita revelar la producción de subjetividades y la construcción de territorios existenciales Guattari y Rolnik (2005/2006). Durante este proceso se manifestó la mirada retiniana y vibrátil que propone Rolnik (2006/2014). La *mirada retiniana* se puede definir como una percepción sobre el mundo en que la atribución de sentido, se hace a partir de las representaciones vigentes en nuestro contexto histórico. Por otro lado, la *mirada vibrante* es aquella que aprehende la alteridad en su condición de campo, fuerzas e intensidades que afectan y se

hacen presentes en nuestro cuerpo en forma de sensaciones, generadas “a través de ese cuerpo, asociado a sus ojos, donde procura captar el estado de las cosas, su clima, y a partir de ellos crear sentidos” (p.1).

En el intento del grupo para enfocar el trabajo desde la mirada vibrátil, surgió la recomendación docente sobre trabajar seleccionando sólo un escenario para aplicar los *analizadores* antes mencionados. Se destaca que éste fue un momento importante de la experiencia porque allí se manifestó con mayor visibilidad el reconocimiento de las acciones mientras se *jugaba el juego*. Se describe la experiencia en territorio comunitario de una localidad del interior de Córdoba, dada con el inicio del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, en el contexto de pandemia. Se trabajó con la población de 5 mujeres embarazadas, a través de la telenfermería y visitas domiciliarias y se efectuaron acompañamientos. Para el desarrollo del mapeo y la cartografía del trabajo vivo en acto, se selecciona solo una de las experiencias redactadas. Se propusieron los siguientes analizadores: ¿Qué cosas inútiles se hacen a diario en su/s trabajo/s? ¿Qué cosas útiles, pero “invisibles” hacen a diario? ¿Con qué cosas inesperadas a veces se encuentran? ¿Qué cosas generan conflictos? ¿Dónde ponen las esperanzas, los deseos? ¿Cómo producen cuidados?

En una primera instancia, y para poner en marcha la construcción de este trabajo y en el grupo surgió la pregunta: ¿cómo se puede hacer esta tarea? Ésta dio paso a la elaboración de conceptos centrales que dieron apertura al inicio de la comunicación transdisciplinaria y de las cuales se desarrollará más adelante.

En una segunda instancia, surgieron los intercambios de saberes, pensamientos y sentires de las autoras en la construcción de la cartografía del trabajo vivo en acto, partiendo de las diversas experiencias laborales, posicionadas desde la *transdisciplinación*, en relación a un punto en común: la salud comunitaria.

La tercera instancia, acerca algunas reflexiones del grupo de trabajo basadas en un escenario de práctica profesional, presentando un caso a partir del cual se dio un verdadero encuentro y reconocimiento desde una mirada vibrátil.

En la cuarta instancia, se puede identificar el proceso donde se construye consenso, desarrollando estrategias de comunicación guiadas por los interrogantes expuestos anteriormente y de lo cual permitió desarrollar analizadores.

Por último, en la conclusión se trabajó de manera reflexiva cuestiones sobre la mirada vibrátil del trabajo vivo y la gestión de cuidados con la intención de exponer a la comunidad posibles líneas a seguir trabajando dentro del campo de salud comunitaria.

DESARROLLO

Para iniciar el relato de la experiencia se parten de conceptos centrales. El sistema de salud, propuesta de Spinelli, H. (2010) en su artículo *“Las dimensiones de Campo de la Salud”*, donde invita a correrse de la idea funcionalista, simplista y algo inapropiada de abordar algo que es mucho más complejo y desde donde decide referirse a ese sistema como “campo de la salud”. *“Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas [...] donde cada “jugador” realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales. Estas acciones siempre están ligadas a intereses, no siempre racionales ni reflexivos”* (p.276).

Consideramos necesario presentar al grupo de trabajo, que dio lugar a esta comunicación transdisciplinar, conformado por tres profesionales: una Lic. en Enfermería, una Lic. en Educación para la Salud y una Lic. en Psicología y establecido la comunicación a través del grupo de WhatsApp. En la comunicación mediada por la tecnología, se destacan dos momentos esenciales. En el primero, el del conocimiento, se pudo identificar las características de las personas involucradas en este grupo. Seguido a ello, luego de un tiempo, se vislumbra el momento de la convocatoria, donde la fluidez desde el diálogo fue identificando coincidencias al compartirse vivencias de trabajo en el ámbito comunitario, intercambiando saberes y experiencias en territorios, modos de inserción, conocimiento de las necesidades, y las formas de planificación desde las acciones participativas.

Retomando a Spinelli H. (2019) destacar que el proceso de conocimiento y reconocimiento de cada integrante, está asociado con la disposición de *jugar el juego*, más allá de las cuestiones cotidianas que moldean en cierta manera el modo de jugar, por ejemplo, los horarios y medios de encuentros. Se recorrieron momentos pasados y presentes. Todo ello marcó cierta proximidad en torno a algunos modos de intervenir para el cuidado de la salud, más allá de los diferentes disciplinas y espacios que ocupa cada una.

Las trayectorias laborales puestas en cuestión, se situaron en diferentes áreas institucionales: la académica, de asistencia y de seguridad, vinculadas en el cuidado de la salud. Durante todo el recorrido, se destacaron detalles acerca de *¿cómo?* se imprimieron las historias en cada profesional, consideradas como experiencias en tanto instituyentes de pensamiento y tarea. Estas historias en común, narradas desde la experiencia particular y única, permitieron reconocer un lenguaje en común y poder encontrar una perspectiva con enormes analogías en algunos puntos y con diferencias en otros. Como todo encuentro humano,

con el Otro, con su historia, concepciones y subjetividades, las conversaciones derivaron, además de las tareas que son realizadas, en las posiciones que se ocupan en el campo de la salud, en el juego y el poder con un particular análisis desde cada singularidad profesional.

La segunda instancia, se comenzó a pensar en la idea de construir y compartir esta cartografía viva, trazando caminos impensados a la consigna; o dicho de otra manera, generando un detenimiento a pensar la tarea como guía hacia el *descubrir-Se* en otros caminos.

En la tercera instancia, se procedió a realizar un listado de problemas que se observaron en el común de las trayectorias profesionales, de los cuales se pueden consignar los siguientes: poca formación en la carrera de grado sobre salud comunitaria, escaso presupuesto para trabajar, referentes en cargos de gestión sin preparación adecuada, escasa cobertura propia respecto a insumos necesarios para la tarea en contexto de pandemia (máscaras, repelentes, etc.), falta de políticas adecuadas a la realidad, entre otros.

En este sentido, resulta interesante mencionar lo que propone Spinelli H. (2018) en su artículo “*Máquina y Arte-sanos*” al poner en discusión los modelos dominantes y las tensiones al interior del campo de la salud, entre la concepción del cuerpo humano (máquina), el proceso de trabajo médico (modelos industriales o artesanales), las institucionalidades (hospitales y centros de salud) y los principales agentes (corporación médica y complejo médico industrial (p.483). Además, el autor deja plasmado de qué manera desde la revolución industrial y la revolución tecnológica se han transformado los distintos campos de la ciencia dando forma a “ideales” en distintos campos de conocimientos que impactaron en los procesos de trabajo, las formas organizativas, los desarrollos institucionales, la construcción social de la realidad y los procesos relacionales y es donde, de alguna manera, se condicionan y/o determinan “objetividades” en diferentes órdenes, desde donde se deciden las distribuciones de materiales, y sistemas de clasificación, de esquemas mentales y corporales que sirvieron como matriz simbólica de las actividades prácticas, conductas, pensamientos, sentimientos y juicios de los agentes sociales (p.484).

En otro sentido, en el artículo antes mencionado, se expresa que al analizar las instituciones que conforman el sistema de salud se encuentran propuestas o búsquedas de formas organizativas analizadas desde otras teorías, y son sustentadas en las denominadas *tecnologías duras* y *tecnologías blandas*. Al decir del autor Spinelli, H. (2018) se entiende que las “*tecnologías duras* -tecnologías materiales, básicamente equipamientos- no permiten explicar

la totalidad de lo que se hace y mucho menos de lo que se debería hacer en las instituciones”, donde las “*tecnologías blandas* -relaciones interpersonales basadas en vínculos y el cuidado del otro- son las que sostienen el proceso de trabajo de tipo artesanal, el cual posee un potencial muy alto, tanto en eficacia, como en eficiencia y en el vínculo entre trabajadores-usuarios-institución y territorios” (p.484).

Para Franco-Merhy (2009) “las unidades de salud se encuentran aferradas a diversas lógicas organizacionales al mismo tiempo, dependiendo del lugar desde dónde se las observe, lo que permitiría percibir la existencia de varias unidades en una. Sin embargo, todas van a revelar un mismo tipo de “ojo-fundamento”, aquel que ya está preprogramado para percibir las cosas de siempre -aunque sean fundamentales-: espacios de poder, líneas de mando, ciertas prácticas y reglas de funcionamiento. En síntesis, estructuras determinadas y constituidas en operación, que representan cierta vida productiva al interior de aquel organismo, bajo la mirada del “observador-analista” (p.184).

La reflexión en este trabajo se basa en el análisis sobre las tecnologías blandas, contextualizadas en cada contexto laboral, haciendo referencia que en estos espacios se observa no sólo que carecen de formación académica específica, sino también de su propia financiación, de recursos para la calidad del trabajo del equipo y por ende la calidad de vida del trabajador de la salud, de quien justamente se pretende -institucionalmente- que *lleve esa salud* que no se sabe si la posee.

A partir de los fundamentos teóricos, en cada encuentro se dio la posibilidad de hablar e intercambiar desde una escucha distinta en la que se reconocieron en los propios discursos aquello que Samaja, J. (2007) plantea como “*lenguas naturales*” mediadas por la construcción cotidiana de los miembros (p.27). Es aquí donde el diálogo acerca de la salud en cada encuentro, en tanto integrantes de equipos de salud, recayó en la *inmediatez*, tomada de Hegel, refiriéndose al proceso que resulta de la formación compartida desde una noción de identidad, que tiene su génesis en un proceso constructivo que lo ha generado y se instala como algo obvio.

Ahora bien, esa afirmación hegeliana, incidió en los debates del grupo al reconocer que nunca existieron espacios de autorreflexión o de diagnósticos institucionales que signifiquen aportar experiencia o vivencia del personal de salud y mucho menos que éstas se transformen en datos reales y fidedignos, basándose en empíreas que se poseen y que sirvieron en este caso para jugar el juego. Se consideró con cierta creencia, que las micropolíticas construidas

a partir de espacios de trabajo siguen el mismo derrotero si lo comparamos a lo comunitario, se dan charlas informales, consejos informales que resultan justamente en un soporte subjetivo fundamental del grupo de salud.

Por lo tanto, si se considera la salud como hecho social y como derecho humano, que atraviesa nuestra existencia, es a partir de estos enfoques integrales que dan cuenta de la universalidad de la salud e invitan a jugar el juego en las comunidades/ instituciones que, aunque no pertenezcan al “ámbito de la salud” propiamente institucionalizado, ahora son reconocidos como parte de esa red que pretendemos plasmar, desde interrogantes como: ¿qué es la salud? y ¿cómo está la salud de los profesionales de salud?.

Si desde la idea de Atención Primaria de la Salud, se promueve que todos somos capaces de construir salud desde las vivencias en común, considerando los recursos comunitarios como una de las ideas centrales en la tarea cotidiana, entonces ¿qué pasa con los agentes de salud y sus intervenciones? ¿Cómo ejercen la tarea desde el saber que es colonizante también para ellas y las posiciona en una situación de vulnerabilidad propia, la cual debería ser reconocida para poder aprehender la vulnerabilidad del otro? En relación a esto, Merhy y Franco (2009) señalan que el trabajo vivo permite la experiencia del juego hacia adentro de las instituciones, instituyendo cuestiones nuevas en el escenario. Resulta de este modo, una relación más mediadora e integrativa de dimensiones y saberes científicos y no científicos con perspectiva a colectivos comunitarios Carvalho Mesquita (2012).

En la cuarta instancia, se considera que la cartografía del trabajo no se configura como mapas, sino como construcciones/analizadores de datos en la relación dinámica con otros dando cuenta de los procesos que se van vivenciando. En definitiva, permite pensar en la posibilidad de salirse de la *planificación normativa tradicional* hacia una *planificación estratégica situacional* que tenga como metas los planes situacionales regidos por la cotidianeidad para poder pensar en una intervención en crisis, sin fases, pero con momentos explicativos, estratégicos y operativos, Zottola (2020).

En consonancia con lo anterior, las conversaciones otorgaron coincidencias determinando que los grupos de trabajo en los que alguna vez se ha estado o en los que se está, se hayan atravesado/s por la lucha de poderes y la politización partidarizada. En otro sentido, también el poder de lo hegemónico en salud, basado en la evidencia estadística con cuestiones relativas a mortalidad, riesgo, probabilidad y la idea latente de actuar sobre la comunidad, para brindarles *una salud planificada* desde la epidemiología clásica.

Es preciso señalar que se invirtió un tiempo importante a la hora de plasmar la idea de salud, reconociendo en varias oportunidades relatos justificadores, desde lo normativamente impuesto. De las conversaciones surgieron enojos, malestares, recordatorios de leyes y derechos, entre otras cosas. Surgió un momento de *catarsis* en relación a lo que se denomina pandemia o nueva normalidad y todo lo que implica “el cuidar” en este contexto.

Es pertinente el análisis de Spinelli, H. (2019) al indicar que los actores, donde se hallen incluidos, juegan en la representación y acción de los problemas refiriéndose no sólo a las enfermedades y condiciones de vida, sino a su cobertura. Y este punto resulta interesante porque habla de los trabajadores de la salud en atención primaria (¿tecnología blanda?). ¿Son un buen producto? ¿Qué ofrecen? ¿Desde qué posición? ¿Son parte de la precarización? ¿Esto es simbólico? El autor al respecto, propone la problematización como razón instrumental para poder generar políticas singulares al contexto que incluye a todos los actores, pero a partir del interpelarse en su propio juego profesional, para poder lidiar con la alienación en el trabajo. Por otro lado, señala que las pérdidas del sentido de pertenencia, del significado y sentido de lo que se hace influyen en el trabajo, determinando formas de juego.

¿Pero a dónde se posiciona el profesional de salud? En referencia a la tecnología blanda, tomando a Rolnik, S (1989) los profesionales son los actores en el encuentro con el usuario final, llevando su intencionalidad o ¿“*llevando salud?*”, ubicándose en la línea de la dimensión cuidadora, como productores de relaciones intersectoriales. Y es en este espacio temporal y territorial, donde sus cajas de herramientas, necesitan de una formación en saberes basados en lógicas micropolíticas e institucionales que permitan actos de salud basados en una cartografía social.

Quizás, esto indicaría que el modelo de atención primaria, esta tecnología blanda en realidad, requiere de aprendizajes que signifiquen los encuentros, para incorporar las subjetividades más allá de los saberes, que desencadenan procesos productivos y estratégicos. Como se viene diciendo, la tecnología blanda es la que menos saberes presenta en los ámbitos académicos, es lo que se necesita saber y no se sabe o intuimos, es lo que la práctica enseña, pero no se sabe que se sabe. Es por ello que ésta en muchas situaciones se efectúa desde supuestos, lo mismo que la comunidad en la que trabaja: su propia micropolítica porque no se tiene un territorio (desde lo institucional) entendido como campo de prácticas, en el cual no se producen procesos. Resulta pertinente citar a Spinelli, H. (2010), cuando dice que “las políticas de salud normativas, producen ausencia de pensamiento... por parte de los actores” (p.280).

Ante ello, se valora la necesidad de formarse y educarse como recursos, con espacios de discusión y de creación de redes, como lo plantea García, J. (2006) cuando se refiere a la necesidad de un lenguaje en común, entre todos los profesionales de la salud, basado en la propia idiosincrasia latinoamericana.

También, encontramos coincidencia en que los ámbitos de salud, son los que proporcionan los rangos de libertad necesarios para permitir jugar otros juegos, allí donde ocurre la horizontalidad y el encuentro, donde aparece lo empírico y lo cualitativo, García, J. (2006), en donde nuestros saberes se funden con lo cotidiano problemático y donde además se ensayan respuestas en relación con el/la/s otro/a/s.

Retomando la experiencia, se pudo observar que en algunos momentos de cada trayectoria laboral se dan situaciones que generan conflictos y que gran parte de ellos, parte del concepto de salud incorporado dogmáticamente, lo que en algún punto da lugar a un posicionamiento en tanto vendedores de un producto, pero también como consumidores de sus teorías y prácticas. Como plantea Spinelli H. (2019) afirmando que está presente la pretensión de llevar salud sin tenerla, partiendo de modelos de controles cartesianos, positivistas que nos obligan a aferrarnos dogmáticamente, lo cual resulta inútil a la realidad social que pretendemos abordar y finalmente modificar. Porque seguimos llevando planes pretendiendo soluciones” (p. 2).

En este proceso, en cierta manera, se fue reconociendo cómo las diferentes propuestas de formación profesional, se basan en modelos positivistas, que muchas veces no permiten el planteamiento de cuestiones relativas a lo emergente, aplicando saberes del criterio propio, de la experiencia, o de alguna perspectiva teórica a la que se adhiera. Pero, esto tal vez se deba, a que no se cuenta con herramientas que permitan una aprehensión del fenómeno entendido como complejidad, como perspectiva teórica que integra modelos micro y macro, los cuales permitirían las transformaciones de los sistemas de salud.

Otra de las cuestiones que se visualizaron a veces insuficientes fueron los objetivos planteados desde la epidemiología tradicional en el ámbito comunitario. El contexto de pandemia, se dio lugar al develamiento acerca de la formulación de los indicadores que resultan poco representativos de la realidad, en estos tiempos solo se trabaja para responder a las urgencias ante el efecto del Covid-19 dejándose de lado la sindemia (b), que incluye a todas las demás pandemias de las que no se habla.

CONCLUSIONES

Para concluir se destaca que esta experiencia ha permitido a las autoras, iniciar el reconocimiento de diferentes sistemas de análisis, identificando una gran multiplicidad y diversidad en la complejidad de la salud en general y en los equipos de salud en particular.

Esta experiencia ha generado la necesidad de interpelarse individual y colectivamente, de reinventarse y reflexionar acerca de las causas profundas que actúan como barreras para Mirar-se/nos en lo cotidiano del mundo del trabajo, el jugar un juego diferente al del resto, el Cuidar, el dudar, “el celebrar la duda y a esta tecnología imbricada con lo ancestral”; es buscar maneras propias de construir saberes. ¿Tal vez en un futuro próximo, esta sea la dirección desde donde se pueda dar lugar la construcción de salud, esta salud que dejó de ser un estado de bienestar hace mucho tiempo, y hoy es concebida como un proceso permanente de búsqueda de equilibrio dinámico biopsicosociocultural y porque no? espiritual, y que además sea alcanzada como resultado de una construcción colectiva.

La salud es acoger y amar la vida tal como se presenta, caótica.

Quizás para ello, como un primer paso sea necesario valorar el cuidar la confianza. Entender desde la afirmación de Monsalvo J. (2012) que “Cuidar es ternura. despojarnos de la cultura antropocéntrica y aprehender la biocéntrica se concreta en algo fundamental como lo es, el cuidar la salud de las relaciones día a día. Es una revolución de ternuras. Cuidar la confianza es intrínseco a la salud de las relaciones (p.32).

REFERENCIAS

- Almeida-Filho N. (2006) *Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones*.
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/61/42>
- Ayres Mesquita José Ricardo de Carvalho (2017). *Vulnerabilidad y Espacio Público*.
<http://isco.unla.edu.ar/videoteca/material-audiovisual/historia-oral/problemas-conceptos-y-categorias-en-salud-colectiva>
- Almeida-Filho N. (2020) *Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina*.
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>

- Boff, L (2002) *El cuidado esencial, Ética de lo Humano, Compasión por la tierra*.
<https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/El-Cuidado-Esencial-Boff.pdf>
- Benet, M.; Merhy, E.E. & Pla, M. (2016) *Devenir cartógrafa*. Atenea Digital.
<https://www.redalyc.org/pdf/537/53748488010.pdf>
- Franco TB, Merhy EE. (2009) *Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo*. Salud Colectiva.
<https://doi.org/10.18294/sc.2009.259>
- Galeano D.; Trotta L.; Spinelli H. (2011). *Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida*. Salud Colectiva.
<https://www.scielo.org/article/scol/2011.v7n3/285-315/>
- Monsalvo, J. (2012) *Cartas con Alegremia*.
http://www.altaalegremia.com.ar/Archivos-Website/LIBRO_CARTAS_CON_ALEGREMIA_Julio.pdf
- Rolnik, Suely (1989). *Cartografía sentimental*.
https://monoskop.org/images/e/e3/Rolnik_Suely_Cartografia_sentimental_transformacoes_contemporaneas_do_desejo_2006.pdf
- Rolnik S. y Guattari F. (2006) *Micropolítica. Cartografía del deseo*.
<https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Micropol%C3%ADtica-TdS.pdf>
- Samaja J. (2004) *Epistemología de la Salud. Ontología y perspectiva Transdisciplinaria*.
<https://filadd.com/doc/47-samaja-juan-2004-epistemologia-de-la-salud>
- Spinelli H. (2010) *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva.
<https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>
- Spinelli H. (2018) *Máquinas y arte-sanos*. Salud Colectiva.
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1823>
- Spinelli H. (2019) *Planes y juegos*. Salud Colectiva.
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2149>