

**IX JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL**  
**I JORNADAS PROVINCIALES DE PSICOLOGÍA**  
**SALUD MENTAL Y MUNDIALIZACIÓN:**  
**ESTRATEGIAS POSIBLES EN LA ARGENTINA DE HOY**  
**7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina**

**INTERDISCIPLINA Y SALUD MENTAL**

**Alicia Stolkiner**

Parece indicado respetar las certeras preguntas que formularon los organizadores de estas jornadas al plantear los ejes temáticos: de qué hablamos cuando hablamos de interdisciplina, cuales son los espacios posibles de articulación interdisciplinaria y la disyuntiva entre interdisciplina o interpráctica profesional.

Trataré de referirme no sólo a los fundamentos teóricos sino a la experiencia de trabajar en investigación interdisciplinaria y compartir la actividad de equipos profesionales de salud o salud mental. También intentaré en esta exposición volver sobre algunos textos en los que, en distintos momentos, he tratado de reflexionar sobre interdisciplina y sobre salud mental. El objetivo es contextualizar e historizar la relación entre el campo de la salud mental en Argentina y el abordaje interdisciplinario, para reflexionar sobre las posibilidades y obstáculos actuales.

**Esbozo de contextualización de la práctica interdisciplinaria**

“Es necesario “ecologizar” las disciplinas: comprender el contexto de su producción”.

Edgar Morin (2005)

En un trabajo de los ochenta planteaba:... “la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Stolkiner, A, 1987, Pág. 313). Indicaba en ese trabajo la existencia de un movimiento o tendencia, en configuración, que iba de la ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas. Es de este movimiento de lo que hablamos cuando hablamos de interdisciplina. En su base está la transformación de las formas de representar el pensamiento científico y su relación con las prácticas que sólo puede comprenderse en el contexto de las transformaciones y las crisis de un largo período. En ese mismo contexto se produjeron simultáneamente cambios en las formas de representarse la salud y la enfermedad, lo “mental” y el abordaje de sus patologías.

En la década del 80 ya había devenido evidente que la comprensión y la respuesta a los problemas de padecimiento subjetivo no eran abordables desde un campo disciplinario específico, y que tanto los diseños de investigación como los programas de acción debían ser permeables a la caída del paradigma hegemónico positivista y a la crisis de las explicaciones mono y multicausales. También estaba en cuestión la revisión y debate sobre el concepto de “objetividad” del conocimiento científico.

Para esa época, definía la salud mental como un campo de prácticas sociales y señalaba la necesidad de comprender la historicidad de la configuración del mismo, que no era reducible al de la psiquiatría y su nacimiento político, analizado por Foucault (Stolkiner A., 1988). También decía que la existencia de este campo tenía un núcleo duro que lo justificaba: el fenómeno de las instituciones asilares manicomiales y la objetivación desubjetivante del paciente.

La definición compleja del proceso de salud/enfermedad/ atención, debate profundizado por la medicina social latinoamericana, mostraba la imposibilidad de diferenciar enfermedades “mentales” de biológicas” y la indeclinable necesidad de incorporar la dimensión social en su análisis. A partir de ello, era posible afirmar que el éxito del campo de la salud mental sería, paradójicamente, su extinción para quedar incorporado en prácticas integrales de salud. Por esa causa he afirmado, en más de una oportunidad, que la función del psicólogo en las prácticas en salud no es ocuparse de los problemas o patologías “mentales”, sino de la dimensión subjetiva del proceso de salud- enfermedad-atención.

Debo recordar que, pese a no ser novedosa, la propuesta de la interdisciplina encontraba resistencias notables en los profesionales de nuestro campo. Valga el ejemplo de las vicisitudes que tuvo la de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM) de la Dirección Nacional de Salud mental. Todo debate — como todo constructo teórico-- debe ser comprendido en su contexto. La historia de la salud mental en el país tenía antecedentes de acciones interprofesionales y marcos teóricos comunes desde la década del 60 (Carpintero E. Y vainer A., 2004). Esto se había plasmado incluso en instituciones, como el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental que incluía todas las profesiones del campo, en la primera mitad de los setenta, y los psicoanalistas habían ocupado un lugar en esa apertura. Posteriormente, buena parte de los actores de este proceso habían sido silenciados por la dictadura y los servicios de salud mental habían sobrevivido en particular aislamiento. Al retornar la democracia quedaba todavía por romper el efecto que el aislamiento y la invisibilidad habían tenido sobre los actores y las teorías. En contraposición, durante el retorno a las formas democráticas de gobierno la entrada del discurso de la Atención Primaria de la Salud impulsaba a trabajar desde una lógica no medicalizante y a incorporar actores no convencionales en las prácticas. Valga como ejemplo de esto las temáticas abordadas en las Jornadas de Atención Primaria de la Salud organizadas por la CONAMER en ese período. En las realizadas en 1989 hubo una mesa sobre “Influencia del Positivismo en Salud” y una conferencia Central sobre “Dialéctica de la Integración en la Investigación Interdisciplinaria” del Dr. Rolando García. En todas las jornadas hubo también un espacio para el debate de salud mental. Estas jornadas fueron el emergente de un momento con alta

tendencia a la participación de la sociedad civil en salud, que habría de reducirse poco después. En estas circunstancias, se reabría el abordaje de las problemáticas de padecimiento subjetivo desde una definición de problema multidimensional que llevaba a estrategias no reductibles al exclusivo enfoque terapéutico y/o psicofarmacológico individual. A principios de los 90 el libro de Emiliano Galende “Psicoanálisis y Salud Mental” (1990) retomaba la polémica historizando la configuración del campo y problematizando el lugar del psicoanálisis en él.

No obstante, la crisis del 1989 y el viraje posterior en la relación entre estado-mercado y sociedad civil produjo un quiebre en esta posibilidad.

Mientras el abordaje interdisciplinario requiere de un contexto donde la tendencia sea a la integración, la década del 90 se caracterizó básicamente por la desagregación y fragmentación institucional. La reforma del Sistema de Salud, consecuente con la del Estado, profundizó la fragmentación histórica del sector salud en la Argentina y fragilizó la inclusión de sus actores.

La interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante. Como afirma Nora Elichiry (1987, pag. 337) : ..” una cooperación ocasional no es interdisciplina” , se requiere de una actitud de “cooperación recurrente”. Si la lógica hegemónica es de competencia individual o de competencia de mercado entre profesiones y corporaciones, las condiciones de desarrollo del accionar interdisciplinario encuentran obstáculos importantes, vale a modo de ejemplo el conflicto corporativo suscitado alrededor de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. También lo encuentran si el trabajo sostenido en equipo se enfrenta a condiciones de empleo inestables de sus miembros o a exigencias de rendimiento individualmente evaluadas. Aunque resulte obvio, es necesario recordar que el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal. La articulación entre imaginario social e imaginario grupal y la dimensión institucional en que se plantea la actividad son productoras de la misma, trabajan en ella.

Durante esa década los servicios de salud se vieron fuertemente tensionados por el proceso de reforma. La “mercantilización” del sistema de salud (Laurell A.C.)<sup>1[1]</sup> y la inclusión de la lógica y los principios de la economía neoclásica en el campo sanitario, motorizó formas de cuantificación de la productividad de los agentes del sistema que generalmente no se compadecían con el objetivo de la práctica y puso en el centro de la escena la evaluación de costo efectividad , con una definición de efectividad generalmente estrecha.

No obstante ésto, la resistencia “teórica” de los profesionales del campo de la salud mental ante lo interdisciplinario había cedido, para ser reemplazada por una mayor aceptación en el discurso, acompañada de una baja capacidad de concretarlo en hechos. Simultáneamente la profundización de las brechas de inequidad, la pauperización y el incremento del desempleo impactaban en los servicios de salud incrementando y complejizando la demanda. La necesidad de actuar mancomunadamente se imponía por los hechos y resultaba particularmente evidente en el primer nivel de atención. Para esa época, en la

---

<sup>[1]</sup> El término “mercantilización” se utiliza para designar la incorporación de la lógica y competencia de mercado como eje constitutivo del sector salud.

investigación en terreno, escuchábamos a los profesionales del primer nivel definirse a sí mismos como “bisagra” o como “trinchera” entre el sistema de salud y las necesidades de la comunidad (Barcala A. y Stolkiner A.,2001), más que como puerta de entrada. El aumento de las barreras de acceso a los servicios tensionaba particularmente el primer nivel y deterioraba sus vínculos.

Si bien durante ese período, se careció de una política nacional de salud mental, algunas provincias (Río Negro y San Luis, por ej.) desarrollaron propuestas alternativas al modelo asilar que indefectiblemente requerían de enfoques interdisciplinarios. También hubo servicios y experiencias puntuales que lograban articulaciones exitosas. Pero el contexto general no era favorable al desarrollo de prácticas de equipo en el área, más allá de la existencia de un discurso que las promovía.

La crisis del 2001 fue el corolario de ese proceso y conjugó el deterioro de las condiciones de vida de más de la mitad de la población, con una fuerte aparición de nuevos actores y formas de participación social ante la emergencia. Todavía no son totalmente evaluables sus efectos en las representaciones sociales, pero muchos de los postulados que habían legitimado las reformas de los 90 se derrumbaron. Entre ellos aquel que sostenía la necesidad de un estado mínimo y prescindente frente a la operatoria del mercado. La modificación del escenario se acompaña de nuevas representaciones y nuevos actores.

En ese punto estamos ahora. Las políticas en salud vigentes no implican necesariamente un viraje radical con respecto a las anteriores en cuanto a sus postulados básicos (Comes Y., 2005), pero incluyen una mayor direccionalidad del estado y el retorno del discurso de la Atención Primaria de la Salud. En relación a la salud mental se remozca el propósito de buscar formas de asistencia y promoción en comunidad, se vuelve sobre los postulados de la atención en equipos.

En el contexto macro de la mundialización existe, en relación a salud mental, un tensionamiento de antagonismos. En un extremo se renueva un biologismo duro que tiende a encontrar en lo genético y lo orgánico la raíz de todo padecimiento subjetivo como causa fundamental, se trata de un reduccionismo extremo al servicio de invisibilizar las determinantes subjetivas y sociales. Por esta vía la atención se centra en la terapéutica individual y la prescripción psicofarmacológica, valga el ejemplo de la proliferación de diagnósticos de Síndrome de Déficit Atencional en los niños. Por otro lado desde lo teórico y desde las prácticas cotidianas se torna insostenible pensar en una comprensión y un abordaje unidimensional de los problemas. El primer polo del antagonismo representa claramente actores poderosos que van desde la industria farmacológica hasta corporaciones profesionales. El segundo probablemente se liga a la inorgánica resistencia de lo social y se manifiesta también en algunas propuestas de reforma de los sistemas enunciadas por organismos internacionales, tal el caso de la OMS.

En ese punto estamos y en ese contexto cabe reflexionar sobre la interdisciplina y la salud mental hoy. Conviene detenerse en algunos conceptos.

## **De qué hablamos cuando hablamos de Interdisciplina:**

Sintetizando, hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista. Reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas. En uno de sus textos sobre abordaje de sistemas complejos, Rolando García plantea: ..” se trata, en primera instancia de una metodología de trabajo...,pero al mismo tiempo, un marco conceptual que intenta fundamentar el trabajo interdisciplinario sobre bases epistemológicas” (1986). Esto diferencia la interdisciplina del “collage posmoderno”.

La interdisciplinareidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas --de época-- atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. Pese a esa plataforma común hay distintas corrientes sobre la interdisciplinareidad.

También podemos decir que hay puntos de confluencia entre el enfoque interdisciplinario y las estrategias cualitativas de investigación. El central está en la relación sujeto-objeto de conocimiento. Reconocer que no existe un constructo teórico sin sujeto implica una relativización del concepto de objetividad que incluye dentro de la producción misma de conocimientos la dimensión ética y política de los mismos (Alvesson M y Skölldeberg, 2000).

Por último quiero reiterar un desafío mayor que se presenta particularmente en las prácticas: cómo integrar saberes que no son disciplinarios, que no se estructuran como conocimientos científicos. Esta es una pregunta que atraviesa la dimensión estética y el arte (cabe recordar que la producción artística es, también, una forma de comprensión de la realidad), la ética y los constructos de las comunidades y los actores. Sobre esto volveré luego.

## **Los espacios posibles de articulación interdisciplinaria**

“En el debate actual sobre lo interdisciplinario, se superponen con una cierta yuxtaposición dos tipos de prácticas: la de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. Esta yuxtaposición es esperable dado que la diferencia es de énfasis en cuanto al producto. En el caso de la investigación el énfasis es la producción de conocimientos. En el caso de los equipos asistenciales el énfasis está en la acción. Nadie, no obstante, podría separar de manera absoluta la investigación de su efecto en las prácticas y nadie podría suponer que el desarrollo de acciones no produzca, o deba producir, simultáneamente conocimientos. Más aún, sería esperable un futuro en que esta

diferencia se diluyera a su mínima expresión” (Stolkiner A.,1999). De esta afirmación se deduce que los espacios de la práctica interdisciplinaria en salud mental son el ámbito académico e investigativo, y el de las diversas acciones, programas e instituciones de salud.

En el primer punto de esta exposición me he detenido en los obstáculos que las formas institucionales del sector salud suelen constituir para el abordaje por problemas y en las posibilidades que abre la profundización de estrategias de atención de Atención primaria de la Salud comprendida como reordenamiento de los postulados del sector no como puerta de entrada. Vale dedicarle unas líneas a la investigación.

Las instituciones universitarias tienden a organizarse disciplinariamente y configurar un campo y un discurso. Con respecto a ello escribe Mario Testa (1997): ..”el discurso universitario postula una doble normatividad: la que deviene de la autoridad de quien lo emite y la que deriva del método con el cual se lo formula. Vamos a llamar al primero ‘académico’ y al segundo ‘científico’”.. Señala el carácter doblemente performativo del primero :...”no sólo pretende el acaecimiento de lo que enuncia sino que afirma la verdad de su propia enunciación” y lo considera el sustento principal de la ideología del modelo médico hegemónico y del status de su práctica. Con respecto al discurso científico considera que puede definirse, dadas sus condiciones de producción, casi por oposición al discurso académico, por su multiplicidad de voces y porque es demostrativo, no performativo. Esta tensión es máxima en momentos en que las instituciones universitarias también están en proceso de revisión de sus postulados fundantes. En ellas la investigación interdisciplinaria comienza a construir espacios a contrapelo de una tendencia académica que pugna por fortalecer compartimentos y superespecializaciones como sostén de la pugna de poder de sus agentes.

Nuestra experiencia en investigación interdisciplinaria nos enfrentó, más de una vez, con la resistencia de las instancias que no saben muy bien donde colocar, en la estructura prefigurada, este “especimen”. Hemos experimentado que ese espacio de cierta marginalidad o desterritorialización, este funcionar en el borde o en interfase, tiene costos pero también amplía los márgenes de libertad del pensamiento.

La investigación interdisciplinaria requiere de un particular esfuerzo metódico de articulación: entre cuerpos teóricos, entre niveles de análisis y entre dimensiones temporales. Cuando se trata, además, de Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud complejiza la relación teoría—práctica ( revisa el concepto tradicional de transferencia de resultados) e incorpora actores no convencionales al proceso de investigación (Stolkiner A., 2001).

El otro espacio de prácticas interdisciplinarias es el de equipos y programas de salud/salud mental, la última pregunta de los organizadores de este evento.

### **Interdisciplina o Interpráctica Profesional**

En un trabajo anterior (Stolkiner A. 1999 II) planteaba que en el caso de los equipos llamados interdisciplinarios de los servicios y programas de salud, la composición de los miembros se desliza desde los campos de las disciplinas a los de las incumbencias y perfiles profesionales. Los contextos institucionales en que se desenvuelven no son académicos y pregnan fuertemente sus prácticas. Para contemplar problemas y requerimientos específicos preferiría diferenciar los equipos que se insertan en Servicios Hospitalarios de aquellos que se desenvuelven en prácticas comunitarias.

En estos últimos es cada vez más frecuente que algunos de sus miembros no sean profesionales o no representen una disciplina científica sino otro tipo de saber (saberes no-disciplinarios). Tal el caso de la dimensión estética y simbólica que puede aportar un miembro que proviene del campo del arte y no de la ciencia, o la acumulación de saberes que aporta un educador popular o un operador con niños que están en la calle. Interesante desafío al cual me había referido tangencialmente en el primer número.

La primera tarea de construcción inter-saberes que desafían estos equipos es, obviamente, la formulación del programa a desarrollar y de sus objetivos. La base de la misma es la definición del problema y de sus actores. El marco referencial común implica, entonces, acuerdos básicos ideológicos: cual es el tipo de relación que se intenta construir entre equipo asistencial y “beneficiarios” del mismo, por ejemplo: Cómo se define al sujeto de estas acciones?. No es lo mismo proponer un programa vertical que una metodología participativa de programación, no es lo mismo definir a los sujetos de asistencia como “menores” que como “niños y adolescentes” (por citar un ej. que hace a la diferencia entre adherir a la Ley de Patronato o a la Convención Internacional de los Derechos del Niño/a). Los márgenes de autonomía del equipo en sus definiciones, dependerán del marco institucional y de los planes en los que se inscribe, además de las complicadas tramas burocráticas en las que suelen encontrarse atrapados.

Al estar demasiado cerca de las demandas y necesidades sociales, y demasiado lejos de los ámbitos destinados a la reflexión; la temporalidad de estos equipos suele carecer de dispositivos específicos en los cuales conceptualizar rigurosamente sus prácticas. Estos dispositivos son los espacios necesarios para pasar de la sustentación pragmática o intuitiva a la explicitación de los distintos saberes en interjuego, resulta indispensable que los constituyan e institucionalicen. Uno de los pasos para sistematizar los conocimientos producidos en las prácticas es incorporar herramientas de investigación. Hay un límite muy fino entre una investigación y las herramientas no convencionales de evaluación de programas y servicios. Buena parte del propósito de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud es realizar un enlace entre los investigadores académicos y los actores del sector salud, fructífero para ambas partes. (Almeida C., 2000)

En el espacio hospitalario y de atención de mayor complejidad lo esperable sería pasar de la “interconsulta” a la integración de acciones de salud mental en los servicios, con el objetivo de revertir la desobjetivación de las prácticas tradicionales. Este proceso puede venir de la mano de la modificación posible de la institución hospitalaria desde una agrupación de servicios por órgano a

patología a una red de prestaciones por cuidados progresivos que tenga como figura central al sujeto de la atención.

Pese a estas consideraciones, debemos reconocer que el núcleo de las prácticas interprofesionales es el abordaje interdisciplinario. Sucede que en ellas se conjugan otros problemas: todo grupo humano pone en juego la cuestión del poder. Un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce el mismo. En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. Suelen ser equipos con coordinaciones flexibles y no con jefaturas asignadas según profesión. Resulta generalmente necesario para constituirlo un “operador de interfase” un agente que comprenda horizontalmente el lenguaje de las distintas disciplinas en juego y opere como traductor.

Querría terminar con una observación personal: pese a las condiciones particularmente desfavorables, me sorprende encontrar equipos que, en distintos lugares del país, desarrollan experiencias particularmente ricas e innovadoras. Debiéramos atender a esta manifestación de potencia. Uno de los beneficios del accionar interdisciplinario o interprofesional, cuando se logra, es que la acción cooperativa reemplaza el derroche de energía puesto en juego en los procesos de rivalidad y competencia entre pares, indirectamente podría favorecer el configurarnos como actores del sector.

#### Bibliografía citada:

Almeida Celia: “Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo Histórico y Tendencias” Cuadernos Para la Discusión No 1, Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Río de Janeiro.2000.

Alvesson Mats and Sköldbberg Kaj: “Reflexive Methodology-New vistas for Qualitative Research” , SAGE Publications, Great Britain. 2000  
Acceso: [www.sagepub.com](http://www.sagepub.com)

Barcala Alejandra, Stolkiner Alicia, y equipo de investigación UBACyT PT 48: “Accesibilidad A Servicios De Salud De Familias Con Necesidades Básicas Insatisfechas: Estudio De Caso” VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA, Buenos Aires, 2001.

Carpintero E. y Vainer A. : Las Huellas de la Memoria—Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. Tomo I:1957-1969” Topía Editorial, Buenos Aires 2004.

Comes Camila: “Políticas en Salud en la Argentina: después de la reforma ¿hemos cambiado el rumbo?” Doc. Laboris de la Investigación UBACyT P077, Directora: Alicia Stolkiner. Buenos Aires 2005.



Elichiry Nora : “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías trnsdisciplinarias” del libro *El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*” comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.

García Rolando : “Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos” en el libro *Los Problemas del Conocimiento y la perspectiva ambiental del Desarrollo* comp. De E. Leff, Siglo XXI , 1986.

Galende Emiliano: “Psicoanálisis y Salud Mental- Para una Crítica de la Razón Psiquiátrica” Ed. Piados. Buenos Aires. 1990.

Morin Edgar: “Sobre la Interdisciplinareidad” [www.pensamientocomplejo.com.ar](http://www.pensamientocomplejo.com.ar) 25/3/2005

Laurell A. C.: “La Salud: de Derecho Social a Mercancía”. Del Libro: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. UAM Xochimilco - Fund F. Ebert, Mexico 1994.

Stolkiner Alicia: “De interdisciplinas e indisciplinas” del libro *El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*” comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.

Stolkiner Alicia : “Prácticas Prácticas en Salud Mental” Rev. Investigación y Educación en enfermería” Vol. VI No 1, Marzo de 1988, Universidad de Antioquia, Medellín.

Stolkiner Alicia : “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3 , No 10 , Abril de 1999, Rosario. (acceso : [www.campopsi.com](http://www.campopsi.com))

Stolkiner Alicia : “Equipos Interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes?”. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3 , No 12 , Agosto de 1999, Rosario. (acceso : [www.campopsi.com](http://www.campopsi.com))

Stolkiner Alicia : “Research and health policies: Including the social actors in the research”. Presentado en la 12<sup>th</sup> European Conference –School of Public Policy, University College. Londres Mayo de 2001 (12 páginas)

Testa Mario: “Saber en Salud: La construcción del conocimiento” Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.

---