



CEADEL
Centro de Apoyo
al Desarrollo Local

CUADERNO N° 42

**INTERSECTORIALIDAD Y
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Ventajas, dificultades y desafíos**

Dra. Olga Nirenberg
2005

Sarandí 247, 2º E, (1081), Buenos Aires, Argentina; Tel Fax: (54 11) 4 795 5480
e-mail: info@ceadel.org.ar

INDICE DE CONTENIDOS

Contenidos	Páginas
1. La multidimensionalidad de la salud sexual y reproductiva (SSR)	2
2. La intersectorialidad en la dinámica institucional orientada a la SSR	6
3. Otros procesos vinculatorios relacionados con la intersectorialidad	11
3.1. La interdisciplina	12
3.2. La gestión asociada	13
3.3. El trabajo en red	15
3.4. La función del liderazgo	16
3.5. El trabajo en equipo	18
3.6. La participación	19
3.7. La negociación	21
3.8. La comunicación	22
Bibliografía	23

1. La multidimensionalidad de la salud sexual y reproductiva (SSR)

Ya desde mediados de la década del 70, a partir del informe Lalonde, en el que se expone el modelo del campo de salud con los múltiples factores – determinantes – que actúan sobre la salud de las poblaciones, imbricándose mutuamente la biología, el medio ambiente, los estilos de vida de la gente y el desarrollo de los servicios y los sistemas sanitarios, se abrieron nuevas formas de trabajar sobre la salud. Se incorporaron en forma inequívoca los factores sociales y culturales en los abordajes a la situación de salud de las poblaciones (Lalonde, 1974). Así, la salud dejó de ser sólo una tarea médica o de exclusiva responsabilidad de los servicios sanitarios y se transformó en un proyecto social ligado a responsabilidades políticas, tanto del Estado y la sociedad civil como de los individuos¹.

Posteriormente, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), en la antigua URSS, convocada por la OMS en conjunto con UNICEF, supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud. Allí comenzó la estrategia global de Salud para Todos, que significaba, en términos políticos, un apoyo a la equidad y a los sistemas nacionales de salud como parte de la influencia de los gobiernos socialdemócratas, pero supuso también una verdadera revolución técnica al reconocerse, implícitamente, la insuficiencia de la orientación exclusivamente terapéutica y médica. Las propuestas emergentes consistieron en reformar los servicios sanitarios poniendo un mayor énfasis en la atención primaria, en el compromiso de democratización con la participación comunitaria, en la acción intersectorial y sobre todo en orientar las intervenciones sanitarias hacia la salud más que a la enfermedad.

La idea del trabajo intersectorial ha sido masivamente aceptada como meta de las intervenciones de salud pública, aunque aún resultan escasas las experiencias exitosas que pudieron superar la fragmentación sectorial e institucional.

El concepto actual de promoción de la salud como "los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud", surgen en la Conferencia de la OMS en Ottawa en 1986.

Los elementos diferenciales de la promoción de la salud pueden identificarse por estar basados en una aproximación holística y no estrictamente médica y por adoptar una perspectiva de actuación no paternalista, sino favorecedora de las opciones personales y grupales.

Reafirmando el derecho al propio control de la salud por parte de los individuos y grupos, surge en Ottawa el énfasis en la capacitación. No se trata ya de decir a la gente lo que debe o no debe hacer, sino de capacitarlos para una gestión más autónoma de su salud y de los

¹ Eso no quiere decir que se hayan superado del todo los enfoques biologicistas, que aún conviven con los nuevos, como puede constatarse en buena parte de la literatura sanitaria contemporánea.

eventuales episodios de pérdida de la misma, promoviendo un uso más autónomo de los servicios de atención de salud y la tecnología médica.

El apoyo a la autoayuda, a los autocuidados, a las redes sociales y el reforzamiento comunitario son actividades claramente vinculadas con la función de capacitación en el enfoque promocional e intersectorial de la salud.

Siguiendo a La Rosa Huertas, L. C. (2004), el rol del sector salud en la política social es generar, concertar, regular, monitorear y promover el cumplimiento de ...

- Los lineamientos y regulaciones orientados a generar entornos saludables,
- Los lineamientos de atención, rehabilitación, educación, información, comunicación, formación de RRHH, e investigación en salud,
- La vigilancia de la equidad en salud y la ética sanitaria.

... por parte de todos los sectores involucrados en el "ámbito salud", entre los que son relevantes:

- Gobiernos provinciales, municipales y comunales
- Otros sectores del Estado, en sus diferentes niveles: educación, trabajo, agricultura, industria, relaciones exteriores, interior, justicia, etc.
- Universidades y Centros de estudios o investigaciones
- Organizaciones no gubernamentales para el desarrollo
- Organizaciones de base, comunitarias y voluntariado
- Otras organizaciones sociales (eclesiásticas, deportivas, etc.)
- Sector privado / empresarial / productivo

La salud sexual y reproductiva – SSR – no constituye una excepción en ese tipo de enfoques, y una profusa literatura al respecto lo atestigua, pese a los tintes conflictivos que adoptan ciertas cuestiones tales como los métodos de anticoncepción – MAC – para la prevención de embarazos no deseados y el aborto.

La Organización Panamericana de la Salud (2000), haciendo hincapié en los y las adolescentes, caracteriza el desarrollo sexual (como un aspecto del desarrollo integral y de la salud), influido por *factores individuales biológicos, psicológicos y cognitivos* que se expresan en valores morales, éticos y espirituales, en el grado alcanzado de autoestima y bienestar emocional, y en la identidad sexual definida. Por otra parte reconoce las influencias en ese desarrollo de *factores provenientes del entorno social*, destacando sobre todo:

- la situación económica y la equidad,
- lo cultural,
- el ambiente político (democrático o no),
- el grado de respeto por los derechos y la no discriminación por cuestiones de género u otras,
- los establecimientos educativos,
- los medios de comunicación masiva,

- la estructura familiar y los grupos de pares

La definición de SSR que se asume en este trabajo, surge del documento final de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en 1994 en El Cairo, que la caracteriza como:

"El estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La SSR entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad".

Dicho Programa de Acción estipula que el hombre y la mujer tienen el

"derecho a recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos".

Plantea una estrecha relación entre desarrollo social y económico y la situación de SSR en una sociedad determinada y, en síntesis, considera la SSR como un derecho humano (Pitanguy, J. y Navarro de Souza, A., 2002).

En consonancia con esos lineamientos, el 30 de octubre de 2002 el Congreso Nacional de Argentina sancionó la Ley 25673, por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Sus objetivos se transcriben:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- Prevenir embarazos no deseados.
- Promover la salud sexual de los adolescentes.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y de patologías genitales y mamarias.
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

2. La intersectorialidad en la dinámica institucional orientada a la SSR

Para abordar la mencionada complejidad y multidimensionalidad de los fenómenos relacionados con la SSR se requiere adoptar enfoques sistémicos, holísticos y abordajes epidemiológicos que consideren esos fenómenos en su integridad.

Por ende, las respuestas adecuadas a los problemas complejos de la SSR implican el compromiso de varios actores institucionales, ya que la intersectorialidad supone un *trabajo coordinado entre actores de diferentes áreas sectoriales, con vistas a objetivos comunes, consensuados entre todos*.

La citada Ley Nacional, en pro del cumplimiento de los ambiciosos objetivos mencionados en el ítem previo, establece en su artículo 5º la necesidad de coordinación (en el nivel nacional y en los provinciales) entre el Ministerio de Salud y los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social, sobre todo para la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios, a fin de formar agentes aptos para desarrollar las acciones de prevención, detección y atención de problemas de SSR.

Así, la intersectorialidad para dar respuestas adecuadas e integrales a las necesidades y demandas en SSR más allá de ser un requerimiento teórico y metodológico, se ha convertido en un mandato legislativo en Argentina.

La mayor dificultad es que los distintos actores señalados se desempeñan en estructuras burocráticas separadas – sin apreciables vasos comunicantes que las conecten – las cuales generan campos de interés, ámbitos de poder y de lucha política que deben ser superados – o al menos “puestos entre paréntesis” – para consensuar objetivos en común y lograr un trabajo cooperativo tendiente a su cumplimiento.

En ese sentido, estudios recientes muestran el escepticismo de los profesionales argentinos – en particular de los médicos obstetras y tocoginecólogos – acerca de la viabilidad de articular entre el sector salud y el de educación así como la incorporación de contenidos de SSR en la currícula educativa (artículos 5º y 9º respectivamente). Esos profesionales ven grandes dificultades, no sólo actitudinales, basadas en creencias religiosas, sino también debido a la falta de recursos humanos capacitados para una adecuada implementación de esos procesos de coordinación / articulación. En especial, señalan como dificultades, por un lado, la carencia de sus propias capacidades pedagógicas, así como su falta de tiempo debido a la enorme carga que tienen en la tarea asistencial, y por otro lado, la falta de conocimiento sobre los temas de SSR por parte del personal docente en el sector educativo, como para transmitir adecuadamente los contenidos de SSR (Cappuccio, M., Nirenberg, O. y Pailles, J., 2005).

La intersectorialidad constituye una estrategia que procura superar la *fragmentación* de las acciones en pro de abordajes más *integrales*, y sus

objetivos específicos consisten en lograr sinergias en los siguientes sentidos:

- Eficacia (en cuanto al cabal cumplimiento de los objetivos consensuados).
- Expansión del espacio de acción, tanto desde el punto de vista de la amplitud del espectro disciplinario, como del alcance geográfico y de la diversidad de las estructuras institucionales.
- Complementariedades positivas entre las diversas acciones desplegadas.
- Eficiencia (evitando superponer recursos).
- Sumar influencias para colocar la temática en la agenda pública e institucional.
- Desarrollar políticas públicas, donde las diversas áreas de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil se involucren no sólo discursivamente sino en acciones concretas y concertadas.
- Influir positivamente sobre el comportamiento de los individuos.
- Construir una comunidad saludable

A modo ilustrativo y sin ánimo de exhaustividad, pueden destacarse algunas *funciones* de la intersectorialidad en SSR que resultan de relevancia.

- Proveer información a la población, desde diferentes perspectivas y con un enfoque integral, acerca de temas de SSR.
- Aportar recursos (humanos, materiales, de equipamiento, de infraestructura física o financieros), desde cada área sectorial y para el conjunto, en función de los objetivos consensuados.
- Brindar asistencia técnica "horizontal" entre áreas e instituciones de los diferentes sectores.
- Planificar, programar y evaluar en forma coordinada, en pro de acciones sistemáticas tendientes a los logros acordados.
- Coordinación en acciones conjuntas, complementarias o simultáneas de promoción, prevención o atención en SSR, especialmente en términos de derivaciones.
- Realizar abogacía² en torno a temas de SSR.

² El término "*abogacía*" traduce la palabra inglesa *advocacy*, que alude a las acciones que se desarrollan en favor de una causa, para colocarla en forma relevante en la agenda pública y en las políticas gubernamentales. En el campo de SSR se trata de aquellas acciones orientadas a sensibilizar a los políticos y a otros actores relevantes, así como a la opinión pública en general, acerca de la temática, los enfoques integrales y los derechos (sobre todo

La estrategia del trabajo intersectorial puede ser vista como un *proceso gradual*, que conviene desarrollar por etapas para ir ganando mayor profundidad y completitud a lo largo del tiempo.

El gradualismo alude no sólo a la progresiva inclusión de integrantes en el proceso, sino también a la agregación y profundización de los temas que se afrontan durante el mismo.

Se subraya la necesidad de programar esos procesos, que lejos de producirse en forma espontánea, requieren de intensas acciones de estimulación, previsión, acompañamiento y evaluación. Es por eso que es recomendable el ejercicio de un liderazgo idóneo para promover la inclusión y el compromiso de los actores.

Una pregunta frecuente sobre la forma de encarar esos procesos graduales es acerca del *nivel organizacional* por donde conviene comenzar: los niveles centrales, intermedios u operativos o locales.

Para no abordar el más complejo nivel nacional y dado que en Argentina existe una estructura política federal, se hará acá referencia a los distintos niveles organizacionales de las provincias. En ese caso la pregunta es si comenzar por las estructuras centrales del gobierno provincial, verbigracia, áreas o programas de ministerios y/o secretarías (como lo estipula la ley nacional antes citada, como mínimo deberían involucrarse las de salud, educación y desarrollo social³), o bien por las áreas o programas dependientes de los gobiernos municipales o comunales, o bien, por los establecimientos que en un área territorial determinada constituyen el nivel operativo, donde se desarrollan las acciones directas en relación con las poblaciones destinatarias, vale decir, los centros de salud, los servicios hospitalarios, las escuelas de nivel primario y medio, para sólo mencionar los más relevantes.

Si bien no es posible dar al interrogante antes planteado una respuesta certera, basada en estudios que arrojen evidencias confiables o universalmente aplicables, sobre cual es el mejor nivel o punto de partida, ni la mejor dirección a tomar en la implementación de procesos intersectoriales, muchas afirmaciones provenientes de otros campos del conocimiento y de la acción, refieren que es en el espacio local donde esas articulaciones y coordinaciones – así como las que se establecen entre instituciones sectoriales con organizaciones de la sociedad civil y con pobladores – son más viables y eficaces⁴. De acuerdo con esas afirmaciones

de las mujeres), para que se facilite así la formulación de políticas y programas acordes con las necesidades de esa población objetivo. Se requieren fuertes soportes comunicacionales para las estrategias de *advocacy*.

³ Esos podrían ser los sectores a involucrar inicialmente, pero de acuerdo con el criterio de gradualismo que fue mencionado, también deberán convocarse paulatinamente otros que trabajan desde diferentes puertas de entrada con los grupos poblacionales objetivo: trabajo, justicia, deportes, etc.

⁴ Es en esos espacios locales donde los actores poseen un mutuo reconocimiento previo y pueden vincularse "cara a cara", evitando así los problemas de elegir y legitimar representantes, que en la medida que interactúan en otros niveles "olvidan" o se alejan de aquel que les dio origen.

podría concluirse que lo aconsejable es ir “desde abajo hacia arriba” en los procesos intersectoriales.

Pero también es cierto que sin el apoyo político de las autoridades sectoriales provinciales, para promocionar y facilitar los procesos, difícilmente los mismos puedan tener regularidad y continuidad en el nivel operativo, dado que los actores pertenecientes a los establecimientos se verían desguarnecidos.

Por ende, las decisiones de los funcionarios jerárquicos en pro de la intersectorialidad, en especial sus resoluciones acerca del armado de equipos o grupos intersectoriales (interministeriales) en el nivel provincial, y en los niveles municipales son instancias de fuerte apoyo – sobre todo en lo que se refiere a programación, regulación, monitoreo y evaluación – para quienes actúan en la operación.

De modo que, además de la intersectorialidad, la estrecha articulación y el trabajo coordinado entre los niveles – jerárquicos – de la acción, que antes fueron señalados, también es algo que en paralelo debe promoverse al interior de cada ámbito sectorial. Es lo que en el discurso circulante se ha denominado *articulación intra-sectorial*, desafío que, pese a ser muy usado retóricamente, está aún lejos de concretarse en forma generalizada en los sistemas de salud y en particular en lo referente a los servicios de SSR.

Por el contrario, son conocidos los vacíos existentes en tal sentido; es muy frecuente que los actores que se desempeñan en el territorio, en estrecha vinculación con las poblaciones destinatarias⁵, reprochen a quienes se ubican en los niveles centrales⁶ por no ser “sensibles” a las necesidades y demandas urgentes de esas poblaciones que ameritan contar con respuestas rápidas y apropiadas (ej. en el caso de SSR los suministros de insumos para los métodos de anticoncepción – MAC –, adecuados en calidad, cantidad y oportunidad).

Por su parte, los actores de los niveles centrales se quejan de quienes se desempeñan en los establecimientos por los incumplimientos de las normas de atención y por que no remiten en tiempo y forma los registros estipulados y las informaciones solicitadas.

En el sector salud, y no escapa a ello la SSR, se agrega una complicación adicional: la articulación que es necesario establecer entre establecimientos de diferentes capacidades resolutivas (o niveles de complejidad). Las deficiencias en los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes o usuarias entre los centros de atención primaria y los servicios hospitalarios, son también fuentes de reproches mutuos y una de las barreras importantes en la organización de los servicios que se señalan para el acceso de la población a la atención integral de SSR⁷.

⁵ La expresión más usada para identificarse a sí mismos, es: “los que estamos en la trinchera”.

⁶ En este caso la expresión frecuente por parte de los del nivel operativo para nombrarlos es: “los que están detrás de un escritorio”.

⁷ En el estudio multicéntrico ya citado, una de las quejas frecuentes de los y las profesionales del nivel primario de atención es que sus acciones de promoción para la prevención en SSR

Esos procesos vinculatorios intrasectoriales son complementarios y producen sinergias respecto de la intersectorialidad.

Parecería entonces que para encarar los procesos intersectoriales se deben desarrollar acciones "simultaneas" en los diferentes niveles, aunque es posible que los efectos demostrativos de los niveles operativos sean los más estimulantes, por su concreción en resultados más visibles en las poblaciones destinatarias.

Pero vale aclarar que en definitiva mucho dependerá de la disposición que tengan los actores específicos, en cada uno de esos niveles, para llevar adelante los procesos intersectoriales⁸. Es posible pensar que dadas las características de los actores, en ocasiones pueda resultar conveniente comenzar los procesos intersectoriales en sentido inverso al mencionado, es decir, implementarlo "desde arriba hacia abajo".

Una recomendación emergente de las afirmaciones previas es acerca de la conveniencia de llevar a cabo un *diagnóstico preliminar sobre las concepciones y predisposiciones hacia el trabajo intersectorial* por parte de actores clave en los niveles decisorios provinciales, municipales y de los establecimientos. Sería ese un diagnóstico de la viabilidad política para llevar adelante los procesos requeridos y también para decidir por dónde empezarlos.

Como todo diagnóstico, además de proveer información para un mejor planteamiento y direccionalidad de las acciones, el mismo serviría como herramienta inicial de sensibilización a los actores acerca de los procesos intersectoriales, sus ventajas y dificultades.

Frente a las conocidas fragmentaciones estructurales y de luchas entre las diversas áreas de gobierno y los actores institucionales que deberían trabajar en forma mancomunada, pueden mencionarse, además del ya señalado diagnóstico preliminar de viabilidad política, ciertos procesos o características que facilitan el desarrollo y mantenimiento del trabajo intersectorial.

- Identificar y convocar a *personas, instituciones, áreas que son clave* en relación con SSR.
- Poseer capacidades de *liderazgo* para la convocatoria y el sostenimiento del proceso; debe tratarse de alguien respetado en la temática de SSR y con perfil adecuado para aglutinar actores diversos.

se perjudican al momento en que las usuarias se topan con las barreras administrativas y/o técnicas (o bien con el discurso diferente) del segundo nivel de atención (servicios hospitalarios), tanto para la entrega de MAC como para controles. A la recíproca, también los y las profesionales de los servicios hospitalarios se quejan de la calidad de atención, el incumplimiento de normas, la falta de seguimiento y de la carencia de registros por parte de los centros del primer nivel. (Cappuccio, M., Nirenberg, O., Pailles, J. 2005)

⁸ Lo mismo puede decirse de los procesos intrasectoriales que también dependen en gran medida de la disposición positiva de los actores "de carne y hueso".

- Desarrollar *confianza* mutua, reconocerse, superar los temores acerca de posibles "invasiones" a los espacios propios; insistir, por el contrario, en que cada área organizacional debe cuidar de no perder su identidad y especificidad.
- Tener sensibilidad hacia las necesidades territoriales de los demás y reconocimiento de la diversidad de las culturas y lógicas organizacionales de cada sector.
- Mantener una *comunicación* fluida y continua entre los integrantes.
- *Expresar las necesidades* durante el proceso de toma de decisiones (no a posteriori).
- Incentivar la *cooperación* en todos los momentos del proceso.
- Promover una *identidad* basada en objetivos compartidos y actividades conjuntas.
- Acordar acerca de los *objetivos comunes* y formularlos con *claridad*, asegurándose que sea realmente *compartido su significado*.
- Comprometerse en *acciones a mediano o largo plazo*, de modo de instaurar "rutinas" que tengan continuidad, superando las articulaciones puntuales o eventuales.
- Establecer acuerdos sobre la *asignación de recursos y responsabilidades*.
- Establecimiento de un cronograma con *fechas límite*.
- *Monitoreo* de las producciones y cumplimiento de lo programado.
- Encarar *negociaciones* efectivas para el tratamiento de los *conflictos*.

3. Otros procesos vinculatorios relacionados con la intersectorialidad

Existen varios temas del campo de la gestión social que tienen estrecha relación con el de intersectorialidad. La lista que sigue no implica que los mismos se discutirán acá en forma exhaustiva, sino que interesa desplegarla al sólo efecto de mostrar la cantidad de aspectos que deben ser tomados en cuenta a la hora de implementar procesos intersectoriales.

- Interdisciplina
- Gestión asociada
- Trabajo en red
- Multiactorialidad

- Participación
- Liderazgo
- Trabajo en equipo
- Negociación
- Comunicación

3.1. La interdisciplina

Constituye un concepto más ligado al conocimiento y al ámbito académico; al igual que la intersectorialidad, cuestiona los criterios de causalidad lineal o única y procura evitar la fragmentación de los fenómenos a conocer o abordar.

La literatura distingue entre *multidisciplina* e *interdisciplina*, en el entendimiento que la primera consiste en juntar a personas de diferentes formaciones disciplinarias a que investiguen, enseñen o trabajen en un mismo ámbito, mientras que la segunda es más que eso: es *acordar y compartir una concepción teórica acerca de ciertos hechos para conocerlos mejor y actuar más eficazmente para su transformación*.

Como se aclaró, el término *interdisciplina* se utiliza para la investigación y docencia, sobre todo en ámbitos académicos y el término *multiprofesionalidad* se aplica en la práctica o la atención. Ambos conceptos suponen la existencia de un *intercambio de saberes* (Stolkiner, A., 1999).

La tarea interdisciplinaria supone un alto grado de democratización que se ve dificultada porque los participantes actúan en medio de relaciones jerárquicas que instauran solidaridades en lo interno y oposiciones específicas hacia lo externo. Se requiere entonces:

- Tomar conciencia de los propios prejuicios, ideologías, creencias, sobre todo de los ámbitos de poder adquiridos debido al ejercicio del saber.
- Reconocer que no hay una verdad absoluta sino que existen verdades provisorias y relativas a las perspectivas culturales y momentos históricos.
- Flexibilizar los límites de cada disciplina y permearlos con los conocimientos provenientes de las demás. Reconocer los cambios continuos en el campo del conocimiento.
- Tener tolerancia por la incertidumbre, la indefinición, la actitud descentrada sobre el problema a tratar y respecto de los propios conceptos y marcos teóricos.
- Respetar las áreas de competencia de cada uno de los participantes en los escenarios de la interdisciplina o intersectorialidad.
- Aceptar que puede haber cooperación aunque existan disidencias.

- No trabajar en compartimentos estancos sino formando una red y construir entre todos un saber compartido.
- Instrumentar la cooperación entre los integrantes para lograr una mirada ampliada, que permita organizar estrategias más adecuadas para conocer y abordar la realidad.
- Crear espacios que se constituyen en zonas virtuales de negociación, de consensos provisorios y parciales.

Dice Rolando García (1994):

"...Se habla de interdisciplina con mucha ligereza, se habla de interdisciplina allí donde no se ve el `inter` para nada". En general, cuando se habla de este tema es necesario empezar a definir por la negativa:...no es la suma de varias disciplinas; no es el tratamiento de un paciente de manera simultánea por varios profesionales; no se trata de un profesional que aborda su objeto de estudio apelando a otras disciplinas además de la propia..."

Las diferencias entre multidisciplina e interdisciplina tienen que ver con diferentes visiones de la realidad, donde la primera asume una perspectiva simple, atomista, unívoca de los fenómenos, mientras la segunda asume la complejidad y las tensiones o contradicciones. En la multidisciplina no se afectan ni se transfieren saberes, mientras que en la interdisciplina las diferentes especialidades disciplinarias se modifican, se transforman. Mientras en una el punto de partida lo constituyen las disciplinas específicas, en la segunda el punto de partida está en los problemas o necesidades sociales. Las fronteras son rígidas en la primera y flexibles en la otra. El conocimiento permanece fragmentado en áreas en la multidisciplina, mientras que existe una integración y producción de nuevos conocimientos en la interdisciplina.

Los saberes construyen realidades, forman parte de la construcción del mundo, son empíricos. Pero la experiencia también indica que el saber no basta para poder hacer. La integración no se realiza exclusivamente a nivel de las disciplinas sino de los miembros del equipo. Se produce entre ellos un intercambio de instrumentos, métodos y técnicas. El vínculo entre los miembros de un equipo interdisciplinario es de cooperación y requiere continuidad e intencionalidad.

3.2. La gestión asociada

El término hace referencia a la *planificación y gestión compartida entre organizaciones estatales y organizaciones de la sociedad civil*, con objetivos comunes para solucionar problemas sociales en un espacio territorial o poblacional definido.

Poggiessse denomina gestión asociada a:

"...modos específicos de planificación y de gestión realizados en forma compartida entre organizaciones estatales y organizaciones de la sociedad civil en su sentido más amplio. El sistema de trabajo planificado y la relación articulada de los colectivos que se crean para elaborar y gestionar estos proyectos o programas cogestivos que en sí mismos son una red, devienen en una trama social reconfigurada y activa: una red de redes de gestión asociada".

"Implica fundamentalmente la conformación de escenarios de planificación-gestión mixtos, intersectoriales, interdisciplinarios, pluripartidarios, que se manejan con reglas de juego claras y conocidas por todos (metodología), donde se pretende construir una nueva forma de "saber-hacer", un nuevo conocimiento a partir de los saberes e ignorancias de todos los que participan, una nueva cultura de lo político, de lo público y de lo social, donde "se preparan las decisiones" que serán adoptadas por los funcionarios responsables, ampliando la base en la toma de decisiones, es decir colaborando en la profundización del sistema democrático".

"Con este tipo de modelo de actuación se pasa a un estilo de prácticas asociadas, cogestivas, asentadas en modos de elaboración que significan trabajo conjunto, construcción de vínculo, producción de conocimiento y de soluciones adecuadas-apropiables". (H.Poggiese, 1997)

Aportan a esta modalidad de gestión los vastos desarrollos teóricos y metodológicos de los últimos veinte años en materia de planificación y programación participativas, donde las dinámicas grupales y la técnica de taller son relevantes.

Asimismo, la gestión asociada así entendida implica una forma progresiva – ascendente – de participación, en primer lugar porque es en la base donde se formulan y priorizan las propuestas de políticas sociales que las autoridades de gobierno tomarán en el marco de mecanismos "vinculantes". Y en segundo lugar porque la participación no sólo se da en los inicios del proceso de formulación de las políticas, en forma de expresión de necesidades y demandas, sino también en los demás momentos del ciclo: determinación de las estrategias y líneas de acción, realización de actividades, monitoreo, ajustes y evaluación.

Según lo expuesto, la participación, entendida como un derecho a intervenir en los asuntos que conciernen a la vida de los y las ciudadanos/as, se concretaría en forma acabada e integral en esos escenarios de gestión asociada, donde los distintos actores sociales ejercerían su derecho a influir y a conducir los cambios sociales (Cardarelli, G. y Rosenfeld, M., 2003).

La gestión asociada tiene una estrecha vinculación con otro término acuñado durante la última década en las disciplinas sociales, relacionado con el auge de la realización de las políticas sociales a través de los programas y proyectos segmentados: la *multiactorialidad*.

Como los demás términos tratados en este trabajo, la multiactorialidad implica la intención de volver a poner en relación las partes de una realidad presuntamente integral pero fragmentada por los diferentes campos del conocimiento y de la práctica.

3.3. El trabajo en red

El término hace referencia a una *estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.*

La red es la concreción de esa estrategia, que consiste en una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas principales características son:

- Membresía voluntaria
- Adaptabilidad
- Flexibilidad
- Apertura
- Horizontalidad
- Fluidez y espontaneidad de las relaciones

Las redes son heterárquicas⁹, es decir que existen varios centros de poder o nodos; eso es lo que las diferencian de las tradicionales organizaciones piramidales o jerárquicas. Constituyen la modalidad organizacional de nuestro tiempo: un sistema abierto y autoorganizado¹⁰, una estructura disipativa¹¹ que se encuentra continuamente en estado de flujo, en un equilibrio susceptible de reordenación continua, abierta siempre a la transformación. Es una forma de organización social más adaptativa y más eficaz que las tradicionales estructuras jerárquicas.

Por otra parte, el trabajo en red tampoco es un proceso espontáneo. Es necesario programarlo y acompañarlo, generando una cultura de relacionamientos en torno a ideales y proyectos compartidos.

La función de convocatoria a los actores para incorporarse a la red es de vital importancia. Allí se debe incluir la propuesta de la temática a tratar en

⁹ El concepto de heterarquía se refiere a la posibilidad de coexistencia de "jerarquías" distintas, sucesivas o simultáneas. En esas estructuras las diferentes posiciones no son adscriptivas sino que dependen de la idoneidad en el desempeño; más que referirse a la inexistencia de jerarquías tiene que ver con la coexistencia y el reconocimiento de una diversidad de las mismas dentro del mismo sistema. (Dabas, E. y Perrone, N., 2001). Las jerarquías remiten a relaciones de *poder*, mientras que en las redes se hace referencia a *nodos* o multi-centros y se trata de relaciones de tipo más horizontal.

¹⁰ La autoorganización es la capacidad de un sistema para introducir modificaciones en sus estructuras frente a cambios del contexto, asegurando así su continuidad bajo otras formas, más complejas. (Dabas, 1993). Esta modalidad de autorregenerarse y autorrepararse – organización recursiva – implica también autonomía, aunque por otro lado constituye una forma de depender de la estructura y dinámica cambiante del contexto (Morin, 1994).

¹¹ El concepto fue introducido por Prigogyne, quien sostiene que en todo sistema hay energía que se disipa – no se pierde – y que sirve para reorganizarlo, reencauzarlo y cambiarlo. (Prigogyne, I., 1997)

forma conjunta, la identificación de los actores estratégicos que participarán del proceso y la comunicación con los mismos, la periodicidad de los encuentros presenciales y/o virtuales, a fin de delimitar y orientar las modalidades de interacción.

No resulta aconsejable establecer demasiadas normas pues con ello puede ponerse en peligro la creatividad y la flexibilidad requeridas. Las normas procuran la rutinización organizativa para una mayor eficiencia y productividad. En cambio, en las redes el énfasis está puesto en la creatividad y adaptabilidad, aunque sin perder de vista la efectividad.

Pueden citarse diferentes tipos de redes; a título de ejemplo:

- Redes personales: implican todo el conjunto de relaciones que una persona tiene con su medio: familia, amigos compañeros de trabajo, etc.
- Redes profesionales: los conceptos de equipo, interdisciplina y multiprofesión se identifican con el trabajo en red
- Redes de establecimientos, redes de servicios, redes de prestadores. Red "jerarquizada" de establecimientos de salud (según complejidad)
- Redes internacionales de salud (con énfasis en el soporte informático)

En el caso de la SSR, son de relevancia las redes de organizaciones de mujeres que promueven los derechos de las mismas, donde ciertas temáticas como el acceso a información y métodos de anticoncepción, la legalización del aborto, entre otros, son cuestiones emblemáticas.

3.4. La función del liderazgo

En los ítems previos se ha hecho alusión a que los diversos procesos de articulación entre actores diferentes, lejos de surgir y sostenerse en forma espontánea requieren de estímulo, promoción, programación, monitoreo y evaluación. Por ende, alguien – individuo o grupo – debe hacerse cargo de tales acciones medulares.

Es en ese sentido que se menciona la necesidad de incluir la función de liderazgo. El mismo, lejos de las significaciones tradicionales, adquiere acá un nuevo sentido: el del *liderazgo transformador*, orientado al cambio. En este sentido, el vínculo de quien ejerce la función de liderazgo con los otros actores está basado en un contrato, en un pie de igualdad; ese vínculo es dinámico en base a los requerimientos de las situaciones inciertas y cambiantes y los temas concretos o específicos que dan contenido a las interacciones (Blejmar, B., Nirenberg, O. y Perrone N., 1997).

Ese liderazgo transformador se aleja del estilo *carismático*, donde el líder – persona requiere la lealtad y obediencia de sus "seguidores", quienes se someten a él en procura de protección y guía. También se distingue del denominado *liderazgo servidor*, que pone énfasis en las necesidades y requerimientos de los liderados y donde el líder está pendiente de la

detección y al servicio de las necesidades – expresas o no – de los “seguidores”, que así, adoptan un rol pasivo, receptor (típico de las políticas asistenciales o clientelísticas). Y por último, se diferencia del liderazgo gerencial, cuyo énfasis se coloca en la asignación y el control de tareas y responsabilidades y en lograr la eficacia global para la organización, dejando relativamente a un lado las necesidades de los seguidores.

El estilo de liderazgo transformador resulta más democrático, adecuado y efectivo en las comentadas modalidades organizacionales que incluyen la intersectorialidad, la interdisciplina, la multiactorialidad y el trabajo en red.

Se reitera que se interpreta ese liderazgo como una *función*: para impulsar, producir y consolidar cambios sociales u organizacionales, enfrentar los problemas y facilitar soluciones que requieren de acciones colectivas.

Los liderados no dejan de ser conscientes de su subjetividad e identidad. Su vínculo con el que ejerce el liderazgo está basado en acuerdos acerca de un ideario y de los modos de concretarlo. Ese contrato o compromiso puede cesar, sin que por eso cese el proceso, la organización o el proyecto, sino que se producirá un cambio adaptativo, posiblemente mediante la rotación de figuras en el ejercicio de la función.

Por otra parte no debe obviarse que son los miembros de los grupos quienes adjudican y legitiman la condición de liderazgo y quienes ejercen ese rol no podrían hacerlo fuera de esos grupos. Por ende, no se trata en estos casos de liderazgos absolutos sino relativos, que constituyen situaciones o momentos de liderazgo.

El carisma hace falta, pero alojado más en el ideario o la visión compartida, que en las personas. También la racionalidad de la administración o la gerencia hace falta, pero como soporte instrumental de este enfoque de liderazgo y no como un fin en sí mismo.

Para el ejercicio de ese tipo de liderazgo se requiere un cierto perfil de capacidades, habilidades y experiencias; en la siguiente lista se mencionan algunas que son relevantes.

- Poseer visión de futuro y del escenario social a construir.
- Poder trabajar con otros en la construcción de la organización y de las tareas de un proyecto.
- Reconocer los procesos y tener flexibilidad para adaptarse activamente a ellos.
- Poseer actitudes de servicio y habilidades para la conducción.
- Privilegiar la imaginación.
- Basarse en el conocimiento y en la información.
- Saber escuchar y comunicar.
- Motivar a la gente.
- Asumir la ambigüedad y el conflicto.
- Asumir riesgos
- Comprometerse con sus funciones
- Poseer valores éticos
- Cumplir funciones educativas

- Clarificar la direccionalidad de la acción

3.5. El trabajo en equipo

El trabajo en equipo implica un *grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto*. Es más que la simple suma de aportaciones individuales.

Las ventajas del trabajo en equipo en comparación con la suma de trabajos individuales, es que cada miembro ofrece sus habilidades, experiencia y conocimientos y todos los aprovechan, las ideas individuales pueden convertirse en proyectos colectivos, se pueden planificar acciones en común, evitando segmentaciones o solapamientos, se distribuyen tareas entre los miembros, se comparte la responsabilidad por los resultados, se socializa la capacitación recibida en distintas instancias, se transfieren conocimientos y experiencias personales, se piensan colectivamente soluciones a los problemas, desde diferentes perspectivas.

El trabajo en equipo se basa en las "5 C":

- *Complementariedad*: cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos esos conocimientos son necesarios para el cumplimiento de los objetivos.
- *Coordinación*: el grupo de profesionales, contando con un liderazgo idóneo, debe actuar de forma organizada para desarrollar el proyecto.
- *Comunicación*: se requiere una comunicación abierta entre los miembros, para poder coordinar las distintas actuaciones individuales. El equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla es posible que todo el equipo fracase.
- *Confianza*: cada persona confía en el quehacer adecuado del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal.
- *Compromiso*: cada miembro se compromete a aportar lo mejor de sí mismo, a poner todo su empeño en llevar el proyecto en común a buen término.

El equipo recibe un cometido determinado y responde por los resultados obtenidos, pero dispone de *autonomía* para planificarse, para estructurar el trabajo y para organizarse como considere más conveniente. Es fundamental la *cohesión* o estrecha colaboración entre sus miembros.

Tal como en las redes, en los equipos de trabajo no importan las jerarquías, las mismas se diluyen; hay alguien que coordina – lidera – y colaboradores expertos elegidos en función de sus conocimientos y experiencias, que funcionan en el equipo en pie de igualdad aunque sus jerarquías en el

marco de la organización mayor de donde provienen puedan ser muy diferentes.

En general, puede decirse que son determinadas condiciones las que justifican conformar un equipo: cuando el trabajo entraña un nivel importante de complejidad y afecta a distintas especialidades profesionales, como es el caso de la SSR, y también en aquellas entidades que están organizadas por especialidades, tales como los establecimientos de salud.

Los equipos que se conforman en el marco de una organización mayor deben desarrollar una buena comunicación con el resto de la organización, integrarse en la misma y no quedar como un mundo aparte, pues eso puede generar conflictos de tal envergadura que terminen por destruirlo, dadas las enormes presiones que eventualmente pueden ejercerse desde el "afuera". Por eso, es conveniente determinar la posición del equipo: de quién va a depender, quien se responsabiliza por la coordinación y cuáles van a ser sus relaciones con el resto de las áreas. El ejemplo que sugiere la Ley Nacional de SSR lo aclara: la dependencia es del Ministerio de Salud, pero se incluyen Educación y Desarrollo Social.

Todo equipo se constituye en torno a un resultado final esperado o un propósito, que se convierte en su razón de ser: el *para qué* del equipo. Ese propósito debe ser:

- *Concreto*: definido de manera clara, entendible
- *Realista*: posible de lograr, teniendo en cuenta los recursos disponibles
- *Consensuado*: debe haber acuerdo entre los integrantes del equipo acerca de los fines, para que el plan de acción sea más viable.
- *Evaluable*: deben poder evaluarse los resultados, aunque no sólo se expresarán numéricamente.

3.6. La participación

A lo largo de los ítems previos se ha mencionado reiteradamente el concepto de *gestión participativa*. El mismo hace referencia a las formas y metodologías de gestión que procuran incluir protagónicamente a los diversos actores, especialmente a los destinatarios, en las diferentes etapas: desde la identificación de la problemática, la priorización de actividades, las decisiones relativas al destino de los recursos, la realización de las acciones, la sistematización de la experiencia y la evaluación.

Se comprende la *participación social en salud* al menos en dos grandes sentidos:

- Como un *proceso de autocuidado y cuidado mutuo* de las personas, las familias y los grupos, en procura de conservar, recuperar o mejorar su

bienestar físico y psíquico así como de sus entornos ambientales inmediatos.

- Como un *proceso de intervención de los actores de la sociedad civil en la formulación de las políticas, planes y programas y en la gestión de los servicios de salud*, en forma continua, a través de canales e instancias estructurales en los niveles institucionales y locales, ya sea para proponer líneas de acción, influir en las decisiones, llevar a cabo actividades, ratificar/respaldar las acciones que se consideren positivas o bien para influir en las correcciones o reencauzamientos de las que se consideren mejorables o negativas, en procura de una creciente eficacia y correspondencia de los servicios que se prestan con las necesidades y demandas de la población. (Nirenberg, O., 2003).

Muy fácilmente se pueden especificar esos dos sentidos a la participación en el campo de la SSR.

Los procesos de participación social, por lo menos en el segundo de los sentidos mencionados arriba, pueden encuadrarse dentro del marco más global de las *relaciones entre Estado - Sociedad Civil*. Y esa no es una ecuación simple, que pueda cambiarse trabajando en uno sólo de sus términos: del lado de la Sociedad Civil o de las instituciones del Estado, sino en ambos simultáneamente.

El *desarrollo de procesos participatorios* supone descentralizar los núcleos de poder existentes en las instituciones de los servicios, incorporando la mirada y la voz de los actores sociales, en particular los comunitarios, generando así *nuevas formas de vinculación* entre actores institucionales - de los establecimientos de servicios y de las estructuras gubernamentales - y actores sociales / comunitarios.

Surge con claridad que no son cuestiones sencillas, ya que nadie cede poder en forma espontánea y ello no sucederá sólo por legislarlo, decretarlo o normatizarlo en forma "vertical", sino que se requieren arduos y persistentes procesos de sensibilización, acuerdos y negociaciones entre instituciones diversas y actores comunitarios.

Las razones más relevantes para incluir la participación en la formulación y gestión de las políticas de salud, en especial en SSR, son de tres tipos:

- *Axiológicas*: la participación constituye un valor social, un derecho humano, pues todas las personas tienen el derecho (no la obligación) de tomar parte en decisiones que puedan afectar su vida actual y/o futura. Esa participación debe ser voluntaria no coercitiva; la participación en espacios acotados puede promover relaciones sociales más democráticas e igualitarias en otros niveles de la acción.
- *Epistemológicas*: la participación de todos los que están involucrados en un determinado escenario permite más y mejor conocimiento acerca de esa realidad y del modo en que se puede intervenir en la misma para introducir cambios o mejoras; de tal modo es deseable que las diferentes personas involucradas - no sólo los destinatarios de los programas - pueden expresar sus propios conocimientos y sus puntos

de vista acerca de la problemática y sobre las estrategias recomendables para la intervención. Es en tal sentido que la participación se solapa con la intersectorialidad y la multiactorialidad, puesto que éstas implican intercambios de saberes, como ya se dijo.

- *Pragmáticas*: es fuerte la hipótesis, basada en experiencias locales, acerca de que la viabilidad y efectividad de las intervenciones sociales y de salud es mayor si las personas forman parte desde el principio y en todas sus etapas: analizando la propia situación dentro de sus contextos particulares, identificando sus fortalezas y debilidades, otorgando prioridad a sus problemas, tomando decisiones acerca de las estrategias a desplegar, llevando a cabo las actividades para resolver o mitigar sus problemas, supervisando y evaluando la ejecución de las actividades programadas y sus efectos.

3.7. La negociación

La negociación se puede definir como la *relación que establecen dos o más personas en relación con un asunto determinado con el propósito de acercar posiciones y llegar a un acuerdo que sea beneficioso para todos ellos*. El punto de partida es la existencia de diferencias en las posiciones que mantienen las partes. Si las posiciones fueran coincidentes no haría falta negociar.

La negociación busca eliminar esas diferencias, acercando las posiciones gradualmente hasta llegar a un punto aceptable para todos.

Una cuestión fundamental es la predisposición de los actores involucrados en tratar de alcanzar un acuerdo, lo cual no siempre es posible. En los temas de SSR, como ya se dijo, ciertas cuestiones son de carácter profundamente emblemático y relacionado con creencias y concepciones ideológicas o religiosas, de modo tal que se dificultan los procesos de negociación, dado que las partes no muestran interés en ello, sino en que sus respectivas posturas triunfen sobre las otras.

Una regla que debe presidir cualquier negociación y que facilita enormemente el poder llegar a un acuerdo es el respeto por la otra parte, la consideración en el trato con el otro. No se le debe considerar como un enemigo al que hay que vencer, muy al contrario, hay que verlo como un colaborador con el que se va a intentar trabajar estrechamente con vista a superar las diferencias existentes y llegar a un acuerdo aceptable. Se debe tener claro que cuando se negocia no se enfrentan entre sí personas sino que éstas se enfrentan con problemas. Pero lo más frecuente es que no se respete esta regla fundamental y la negociación se convierta en una lucha encarnizada en la que cada parte trata de imponer su voluntad, buscando obtener el máximo beneficio a costa del oponente, aunque sea denigrándolo. Sobran ejemplos de esto último en las temáticas de SSR.

En ese caso las posibilidades de acuerdos se reducen significativamente y aunque exista un acuerdo, se corren ciertos riesgos, por ejemplo: que la parte perdedora no cumpla luego lo acordado, o bien, que la parte

perdedora cumpla lo acordado pero no esté dispuesta a negociar nunca más con quien le ha vencido, imposibilitando establecer vínculos duraderos.

En definitiva, hay que tratar de encontrar una solución equitativa que tenga en cuenta los puntos de vista e intereses de todos los intervinientes. De ese modo todos ellos considerarán el acuerdo como algo propio y no como una solución que ha sido impuesta. Además, todos estarán conformes con la negociación y la probabilidad de cumplir lo pactado es mayor, así como el interés en mantener el vínculo profesional que ha resultado beneficioso.

3.8. La comunicación

Fueron reiteradas a lo largo de este trabajo las menciones acerca de los requerimientos en materia de comunicación para facilitar los procesos de intersectorialidad, interdisciplinariedad, del trabajo en redes y en equipo, de la gestión asociada y participativa.

La comunicación existe, por un lado, como el sustrato y soporte de todos los procesos vinculatorios entre los actores diversos; pueden darse varias denominaciones a la misma, acorde con sus fines: comunicación interinstitucional, intrasectorial o intersectorial.

En ese sentido, llevar registros y actas de las reuniones e interacciones entre actores, resúmenes de las discusiones mantenidas y los acuerdos logrados, redactar claras convocatorias y agendas de trabajo, para que circulen y tomen conocimiento los actores involucrados, son importantes requerimientos de los equipo de trabajo conformados en forma intersectorial.

Las redes suelen editar boletines informativos – virtuales o impresos – que mantienen a los miembros informados acerca de eventos, documentos y bibliografía producidos sobre la temática. Los avances de la tecnología informática en los últimos decenios han facilitado esos procesos.

Por otro lado, todas las acciones promocionales en salud, en especial en SSR, cuentan como estrategia clave a la comunicación social, que permite colocar y mantener en la agenda pública asuntos relevantes y promover hábitos y estilos de vida saludable (por ejemplo acerca del uso de condón en las relaciones sexuales para evitar la transmisión de ETS y VIH/Sida). También es importante la informática en la comunicación con las poblaciones objetivo, pero los medios masivos (TV, radio, prensa escrita), así como los materiales comunicativos en forma de cartillas, folletos, etc. cobran alta relevancia, y por supuesto, los eventos presenciales, son de incomparable eficacia comunicativa.

Bibliografía

- Blejmar, B., Nirenberg, O. y Perrone N., (1997). *La Juventud y el Liderazgo Transformador*. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional de Salud de los Adolescentes. Washington DC, USA.
- Cappuccio, M., Nirenberg, O. y Pailles, J. (2005). *Informe final del Estudio Multicéntrico: Conocimiento y actitud de los profesionales frente a ley de salud sexual y procreación responsable y su programa de ejecución*. AASSER – CONAPRIS, Ministerio de Salud y Ambiente. Buenos Aires.
- Cardarelli, G. y Rosenfeld, M., (2003) *La gestión asociada: una utopía realista*. Revista Governance. Buenos Aires.
- Dabas, E. y Perrone, N. (2001). *Redes en salud*. Documento interno de FUNCER
- Dabas, E. (1993): *Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- García, R. (1994): *Interdisciplinariedad y Sistemas Complejos*, en Enrique Leff (Ed.) *Ciencias Sociales y Formación Ambiental*. GEDISA, México.
- Lalonde M.A. (1974) *New perspective on the health of Canadians*. Documento de Trabajo. Ministerio Nacional de Salud y Bienestar. Ottawa, Canadá.
- La Rosa Huertas, L. C. (2004). *Promoción de la salud: reflexiones para una agenda básica en adolescencia y juventud*. Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud - SPAJ. Lima, Perú.
- Morin, Edgard (1994): *Epistemología de la Complejidad*, en Fried - Schnitman D. (comp): *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Naciones Unidas, (1994). *Documento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo
- Nirenberg, O. (2003). *El rol del Estado para la participación social en la evaluación: el caso del sector salud*. Presentado al VIII Congreso del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –CLAD–, Panamá.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy Implications*, Washington DC.
- Poggiese, H. (1997). *Prácticas de gestión asociada, contrato social y nuevos actores colectivos*. Primer Congreso Municipal de Investigación y Políticas Sociales, Rosario.
- Prigogyne, I. (1997) *El fin de las certidumbres*, Ed. Taurus, Madrid
- Robirosa M., Cardarelli, G. y Lapalma A. (1990). *Turbulencia y Planificación Social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado*. UNICEF, Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina.
- Stolkiner, A. (1999). *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Documento de trabajo. Revista El Campo Psi, sin fecha. Buenos Aires, Argentina.