

Integralidad ⁹₍₁₎ sobre ruedas



Montevideo,

diciembre, 2023

E-ISSN: 2697-3197

ISSN: 2301-0614

Dossier

«Extensión universitaria y alternativas pedagógicas»

Comité Editorial:

Editoras

Dra. Eugenia Villarmarzo y Mag. Marina Camejo
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República

Asistente de edición

Mag. Carla Bica
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República

Ayudante de edición

Martina Eva García
Unidad de Extensión, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República

Diagramación:

Unidad de Comunicación y Ediciones
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República

Comité Científico Académico:

Dr. Agustín Cano
Programa Integral Metropolitano/Departamento Estudios en Docencia, Instituto de Educación, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay

Dra. Ahtziri E Molina Roldán
Centro de Estudios en Artes, Universidad Veracruzana, México

Dr. Antonio Romano
Instituto de Educación, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay

Mag. Beatriz Liberman
Instituto de Formación en Educación Social, Consejo de Formación en Educación, Administración Nacional de Educación Pública / Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay

Dra. Cecilia Baroni
Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay

Dra. Eloísa Bordoli
Instituto de Educación, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay

Dra. Marcela Carignano
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Mag. Marcelo Pérez
Programa Integral Metropolitano / Facultad de Derecho, Universidad de la República, Uruguay

Mag. María Eugenia Viñar
Facultad de Psicología / Área social, Programa APEX, Universidad de la República, Uruguay

Mag. Natalia Laino
Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay

Dra. Sandra de Deus
Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil

Dra. Ximena Poó Figueroa
Instituto de la Comunicación e Imagen - ICEI Universidad de Chile, Chile

Abriendo camino a la educación física en el primer nivel de atención. Un recorrido por el Espacio de Formación Integral «Estrategias interdisciplinarias para la producción de salud. Un camino posible»

María Rosa Corral,¹ Malena Damián,² Lucila Guerra³ y Camila Piñeiro⁴

Recibido: 31/03/2023; Aceptado: 21/06/2023

DOI: <https://doi.org/10.37125/ISR.9.1.12>

Resumen

El presente artículo surge en el marco del Espacio de Formación Integral (EFI) «Estrategias interdisciplinarias para la producción de salud. Un camino posible» de la Licenciatura de Educación Física, Instituto Superior de Educación Física, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, en su anclaje del Cerrito de la Victoria en la Policlínica San Lorenzo. Surge con la intención de seguir aportando a la construcción de formas de pensar la relación entre educación física (EF) y salud, desde marcos teóricos que superan determinadas concepciones que históricamente legitiman esta relación.

Proponemos así visibilizar los devenires del proceso de configuración del EFI, a partir de la articulación entre la experiencia en el EFI, el marco teórico y los resultados de

- 1 Maestranda en la Maestría en Ciencias Humanas: opción Antropología de la Cuenca del Plata (Universidad de la República [Udelar]). Licenciada en Ciencias Antropológicas (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Udelar) y profesora en Educación Física (Ex Comisión Nacional de Educación Física). Profesora adjunta del Departamento Académico, Educación Física y Salud (Instituto Superior de Educación Física [ISEF], Udelar). mcorralv18@gmail.com
- 2 Maestranda en el Programa de Maestría en Educación Física (ISEF, Udelar). Licenciada en Educación Física (ISEF, Udelar). Docente asistente en el Departamento Académico de Educación Física y Salud (ISEF, Udelar). malesdt@gmail.com
- 3 Maestranda en la Maestría en Ciencias Humanas: opción Antropología de la Cuenca del Plata (FHCE, Udelar) Licenciada en Educación Física (ISEF, Udelar). Docente ayudante del Departamento Académico de Educación Física y Salud (ISEF, Udelar). guerralucila98@gmail.com
- 4 Licenciada en Educación Física (ISEF, Udelar). Docente ayudante del Departamento Académico de Educación Física y Salud (ISEF, Udelar). campieiro@gmail.com

una investigación estudiantil desarrollada en la Policlínica. Esta articulación permitirá realizar lecturas críticas, donde buscamos reflexionar y problematizar las potencialidades y desafíos para pensar a la EF en un primer nivel de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), atravesando dichas lecturas por posibles puntos de fuga y tensión encontrados en el proceso de inserción de la EF en la Policlínica.

Para visibilizar el proceso del EFI, presentamos, en un primer momento, su marco institucional y encuadre teórico. En un segundo momento, proponemos tres lecturas posibles al proceso en análisis. Una primera lectura refiere a las posibilidades que nos habilita el marco institucional universitario, permitiéndonos pensar la configuración del EFI. Una segunda lectura en la que damos cuenta las potencialidades que propone la salud colectiva y las prácticas corporales como fugas a la relación históricamente subordinada de la EF a la salud. En una tercera lectura presentamos el marco institucional del servicio de salud como desafío, por las posibilidades y limitantes que se encuentran desde la política pública y el modelo hegemónico de salud instituido.

Para finalizar, proponemos notas finales para seguir abriendo la discusión.

Palabras clave: educación física, salud, Primer Nivel de Atención, extensión.

Resumo

Este artigo surge no âmbito do Espaço de Formação Integral (EFI) «Estratégias Interdisciplinares para a Produção de Saúde. Uma via possível» da Licenciatura em Educação Física, Instituto Superior de Educação Física, Universidade da República, Montevideo, Uruguai, no seu cluster do Cerrito de la Victoria, na Policlínica de San Lorenzo. Surge com a intenção de continuar a contribuir para a construção de formas de pensar sobre a relação entre a educação física (EF) e a saúde, a partir de quadros teóricos que superem certas concepções que historicamente legitimam esta relação.

Propomos tornar visíveis as mudanças no processo de formação do EFI, a partir da articulação entre a experiência no EFI, o quadro teórico e os resultados de uma investigação estudiantil levada a cabo na Policlínica. Esta articulação permitir-nos-á realizar leituras críticas, onde procuramos reflectir e problematizar o potencial e os desafios de pensar a EF num primeiro nível de cuidados do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), passando por estas leituras por possíveis pontos de fuga e tensão encontrados no processo de inserção da EF na Policlínica.

A fim de tornar o processo de IFS visível, apresentamos, num primeiro momento, o seu quadro institucional e o seu quadro teórico. Num segundo momento, propomos três leituras possíveis para o processo em análise. Uma primeira leitura refere-se às possibilidades que o quadro institucional universitário nos oferece, permitindo-nos pensar sobre a configuração da EFI. Uma segunda leitura, na qual damos conta das potencialidades que SC e PC propõem como fugas à relação historicamente subordinada do EFI com a saúde. Numa terceira leitura, apresentamos o quadro institucional

quadro constitucional do serviço de saúde como um desafio, devido às possibilidades e limitações encontradas nas políticas públicas e no modelo hegemónico de saúde institucionalizado.

Finalmente, propomos notas finais para continuar a abrir o debate.

Palavras chave: educação física, saúde, Primeiro Nível de Atenção, extensão.

Introducción

En el presente artículo buscamos visibilizar los devenires del proceso de configuración del Espacio de Formación Integral (en adelante, *EFI*) «Estrategias interdisciplinarias para la producción de salud. Un camino posible» de la Licenciatura en Educación Física del Instituto Superior de Educación Física de Montevideo de la Universidad de la República (*ISEF*, Udelar, Montevideo). En esta búsqueda pretendemos reflexionar y problematizar al respecto de las potencialidades y desafíos que propone pensar la educación física (en adelante, *EF*) en un primer nivel de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud (en adelante, *SNIS*), a partir de la identificación de posibles tensiones y fugas en la inserción de una nueva disciplina del campo de la salud (*EF*) en el sistema de salud uruguayo que no la considera.

Esta visibilización la generamos a partir de la articulación entre la experiencia, como docentes y estudiantes, de la puesta en marcha del *EFI*, con un marco teórico de referencia que nos permite dar respuesta a las complejidades y contradicciones que surgen en dicho Espacio. Asimismo, tomamos aportes de los datos y conclusiones proporcionadas por la investigación estudiantil del Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil 2021-2022 (*PAIE-CSIC*) titulada «Educación Física y Salud Colectiva. Relatos de una experiencia en la Policlínica San Lorenzo», calificada con mención especial. A partir de esta articulación entre experiencia, marco teórico y resultados de investigación, haremos una lectura crítica de la experiencia del *EFI* en su devenir.

Para esto proponemos, en una primera instancia, presentar una aproximación al marco institucional y teórico en el cual se enmarca y encuadra el *EFI*, para en una segunda instancia llevar adelante una reflexión y una problematización teórica de la experiencia a partir de tres lecturas críticas que dan cuenta de las potencialidades y desafíos que supone la circulación de un marco teórico para pensar y hacer en salud disruptivo a los modelos hegemónicos, al mismo tiempo que se encuentra con marcos institucionales que lo condicionan, pudiendo encontrar en este devenir fugas y tensiones.

En este marco, el presente artículo surge con la intención de seguir aportando a la construcción de una perspectiva de salud ampliada, así como también de una relación de la *EF* con la salud no prescriptiva, culpabilizadora y homogeneizante (Carvalho y Monteiro, 2016). En esta línea de ideas, al *EFI* proponerse desde la Salud Colectiva (Almeida Filho y Silva Paim, 1999), y está entenderse como campo teórico y ámbito de prácticas que se retroalimenta dialécticamente, entendemos, que la

materialización y sistematización de experiencias de extensión, aportan al enriquecimiento del campo disciplinario particular (EF en este caso) y de la salud en general, promoviendo los procesos de institucionalización, y por ende, de legitimación, consolidación e incorporación (Duarte Nunes, 2016) de nuevas formas de pensar la salud y su relación con la EF. En este sentido, aportamos a un propósito institucional de incorporar la EF en el SNIS que el ISEF aspira a alcanzar, y que está incluida en el Plan de Desarrollo Institucional 2021-2025 aprobado en 2020 por la Comisión Directiva de dicha institución. Esta incorporación no se piensa desde una perspectiva naturalizada y hegemónica como la de la actividad física (Crisorio, 2015), sino desde una perspectiva cultural, histórica y política como la de las prácticas corporales (Crisorio, 2015). En esta línea, el presente artículo nos habilita a generar aportes que nos permitan, como colectivo, continuar reflexionando sobre la pertinencia de la incorporación de la EF en el primer nivel de atención del SNIS.

Enmarque institucional del Espacio de Formación Integral

El EFI «Estrategias Interdisciplinarias para la Producción de Salud. Un camino posible» (ISEF, Udelar, Montevideo), funciona desde 2019. En él se busca articular prácticas y reflexionar sobre los aportes de la EF con relación a la salud en tres anclajes territoriales: Cerro, Parque Tecnológico Industrial; Santa Catalina, Parque Público Punta Yeguas; y Cerrito de la Victoria, Policlínica San Lorenzo. Espacios pensados desde una lógica integral e interdisciplinaria, que atienden a las especificidades territoriales emergentes. En este sentido, los principales objetivos del EFI son problematizar los aportes de la EF en el marco del primer nivel de atención, del Sistema Nacional Integrado de Salud desde una lógica integral e interdisciplinaria y contribuir desde propuestas interdisciplinarias al abordaje de emergentes vinculados a la salud, que surjan desde los espacios de articulación territorial, así como a las necesidades de las y los vecinas/os.

En el presente artículo analizaremos la experiencia en el anclaje territorial del Cerrito de la Victoria en la Policlínica San Lorenzo. Experiencia que comenzó a finales de 2018 a partir de la solicitud del equipo de salud de la Policlínica de incorporar estudiantes de EF que atendieran sus demandas. Dicha solicitud fue vista como una oportunidad que permitiría trabajar colectivamente con profesionales del sistema de salud, pensar el diálogo con otras disciplinas del área salud de la Universidad y reflexionar la pertinencia de la inserción de profesionales de la EF en el primer nivel de atención.⁵ Para concretar dicho trabajo, sucedieron encuentros, como lo fue el Conversatorio

5 El primer nivel de atención «es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación [...]. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc.» (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 12). De esta forma, busca ser la puerta de entrada al sistema a partir de una adecuada accesibilidad a la población y una atención oportuna y eficaz.

«Educación Física y Salud diálogo entre agenda académica y política» organizado por la Unidad de Apoyo a la Extensión y la Unidad de Egresados con la colaboración del Grupo de Investigación «Estudios socioculturales de la Educación Física, las Prácticas Corporales y la Salud» (ISEF, Udelar). La intención a fines de 2019 de incorporar estudiantes de EF a las actividades comunitarias de la Policlínica fue postergada tras la declaración de emergencia sanitaria por covid-19. Durante 2021 y 2022, concurrió a la Policlínica un grupo de docentes y estudiantes, a partir de la participación en la reactivación de la Huerta Orgánica Comunitaria (que implicó su acondicionamiento, folletería, articulación con un referente de Plantar es Cultura de la IM, hasta la elaboración de un plan de acción) y en el grupo de personas mayores (que se conformó hace varios años y participan mayormente vecinas del barrio, cabe destacar que con la pandemia de covid-19 se vio muy afectado, por lo que, actualmente se está reconstruyendo y fortaleciendo en forma paulatina a través de encuentros semanales).

Tal propuesta es llevada a cabo por docentes universitarias del grupo de investigación «Estudios socioculturales de la Educación Física, las Prácticas Corporales y la Salud» (ISEF, Udelar, Montevideo) en conjunto con estudiantes de varios servicios universitarios y actores barriales e institucionales, así como en vínculo con la Facultad de Medicina y Odontología, estableciendo vínculos académico-territoriales que fortalecen los abordajes en salud, generando una relación dialéctica entre la extensión, la producción de conocimiento y la enseñanza. Estos vínculos se han ido tejiendo con base en la perspectiva de la salud colectiva (SC), articulando Unidades Curriculares (en adelante, UC) del núcleo de Salud, Cultura y Sociedad, UC transversales al Plan de Estudio 2017 de la Licenciatura en Educación Física (Prácticas Profesional II: Comunitaria, Seminario Tesina: Educación Física y Salud) de ISEF, Facultad de Odontología (Cátedra de Odontología Social y comunitaria-Salud Colectiva), Facultad de Medicina (departamento de Medicina Familiar y Comunitaria), y usuarios de salud de la Policlínica San Lorenzo. En síntesis, el EFI implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial con la participación de los servicios y organizaciones territoriales descritos: trabajadores de la institución de salud (doctoras, enfermero, auxiliar de servicio y trabajadora social), actores de la Universidad de diversos servicios del área salud (docentes y estudiantes), organizaciones y actores sociales (centro juvenil Quillapi, centro cultural Guyunusa, programa Plantar es Cultura), vecinos/as y usuarias de ASSE.

El Grupo de Investigación «Estudios socioculturales de la Educación Física, las Prácticas Corporales y la Salud» en el cual el EFI se enmarca, nuclea docentes, estudiantes y egresados y egresadas interesados/as en problematizar la relación entre la EF y la Salud desde la perspectiva de las Ciencias Sociales y Humanas (en adelante, CCSSHH). En este sentido el trabajo integra diversas áreas de conocimiento, como son la EF, la Antropología y la SC. En el marco de este Grupo surgen variados intereses que focalizan en el estudio de la EF y Políticas Públicas, la EF y la SC, y el vínculo entre Cuerpo, Salud y Cultura buscando, por un lado, problematizar las construcciones socioculturales de la EF y su relación con los diferentes discursos en torno a la salud,

ponderando al de las CCSSHH en la discusión, procurando no limitar la comprensión de lo humano solamente a su dimensión biológica. Por otro lado, fomentar espacios para desnaturalizar aquellas miradas hegemónicas, desde las cuales la EF ha tenido un papel subordinado, en pos de recuperar su dimensión histórica y aquellas miradas que han sido relegadas (Crisorio, 2015). Asimismo, se busca aportar a la construcción de estrategias interdisciplinarias para la producción de salud (Carvalho y Monteiro, 2016) y atención en cuidados (Merhy, 2021).

En este sentido, las principales problemáticas abordadas en el EFI surgen de la necesidad de continuar la reflexión de la relación entre la EF y la salud, el lugar del cuerpo y las prácticas que se expresan a partir de una mirada de la salud que trascienda la del cuerpo como organismo (Rodríguez, 2014). Se propone una perspectiva desde las CCSSHH, evidenciando la necesidad de abordar los problemas de forma interdisciplinaria e intersectorial (Carvalho, Freitas y Monteiro, 2013). Se considera que las intervenciones en este sentido requieren de la contemplación de las particularidades y necesidades de los territorios, la cual parte de la demanda explícita en las redes territoriales por parte de los usuarios y trabajadores de salud en diálogo con los actores universitarios, para su abordaje desde su complejidad y contingencia. En términos de acciones concretas, se llevan adelante encuentros semanales con grupos de vecinos y vecinas, se generan reuniones de planificación, organización y sistematización, se llevan adelante jornadas y macro actividades de cierre con los grupos, y la postulación a diversos llamados de extensión e investigación.

Entendemos que pensar las acciones desde la perspectiva de SC y Producción de Salud (Carvalho y Monteiro, 2016) en este anclaje territorial necesariamente implica considerar al trabajo en salud como un espacio colectivo y dinámico, con abordajes próximos a las necesidades de las personas, habilitando el registro de otros saberes en su proceso de construcción. Por lo que el propósito del trabajo en este espacio está enfocado en la búsqueda de alternativas que promuevan la corresponsabilidad en la producción de salud y en la búsqueda de soluciones conjuntas a los problemas de salud. Para ello, es necesario ser parte de la configuración del entramado territorial que tiene como potencia la posibilidad de transformación de los procesos de salud-enfermedad-atención desde lógicas colectivas y de producción de lo común.

Encuadre teórico del Espacio de Formación Integral

El EFI está pensado, principalmente, desde dos perspectivas teóricas, por un lado, la salud colectiva y la producción de salud, y, por otro lado, las prácticas corporales (PC), perspectivas que son afines y solidarias entre sí para pensar una nueva relación de la EF con la salud, tanto desde el ámbito de prácticas como de la producción de conocimiento.

La SC, tal como se mencionó antes, se configura como campo científico (producción de conocimiento) y ámbito de prácticas (o intervención) que se retroalimentan

permanentemente de forma dialéctica (Almeida Filho y Silva Paim, 1999), a partir de tomar como objeto las necesidades sociales de la salud de las personas y los colectivos, teniendo en cuenta la complejidad de la realidad, no exenta de contradicciones (Breilh, 2003).

La salud en el marco de esta perspectiva se reconoce como construcción sociohistórica cultural, lo cual, en primera instancia hace de este concepto, un concepto contingente, es decir, situado y dinámico a la vez. En este sentido, la sc problematiza al respecto de las concepciones biomédicas, organicistas, biologicistas y positivistas de la salud que se han tornado las hegemónicas tanto en el accionar como en el pensar en salud. Para esta problematización, propone la superación de comprender a la salud como ausencia de la enfermedad, para entenderla como proceso[s] de salud-enfermedad-atención/cuidado (Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Breilh, 2003) y de producción de salud (Carvalho y Monteiro, 2016; Campos, 2021; Merhy, 2021), donde el tener margen para enfermarse y recuperarse es parte del proceso (Kipen, 2022).

Al entender la salud como proceso, reconocemos, tomando a Breilh (2003), un devenir entre lo singular (estilos de vida), lo particular (modos de vida) y lo general (sistema sociopolítico, económico y cultural), en procesos de determinación social desde lo general a lo singular (procesos de subsunción y reproductivos), a la vez que en actos de creación de lo singular a lo general (autonomía relativa y puntos de fuga), donde se producen, según las diferentes intersecciones, procesos protectores y destructores de vida. Por lo que no nos estamos refiriendo a un proceso lineal e individual, con un principio y fin, sino a procesos de constante construcción intersubjetivos y de relación con uno mismo, los otros y el ambiente (Campos, 2021). «El objeto de la clínica del sujeto incluye la dolencia, el contexto y el propio sujeto» (Campos, 2021, p. 48).

Al entender a la salud desde la producción de salud, incluida en los procesos descritos en el párrafo anterior, nos referimos a «ganar grados de autonomía sobre el modo de ir en la vida del usuario» (Merhy, 2021, p. 59). En este sentido, la salud está centrada en el sujeto concreto y directamente relacionada con la capacidad ciudadana, de tener las condiciones para elegir y tomar decisiones en la vida, en tanto ser político y ético. Es así que la salud, supone, en vez de ser prescriptiva ser constructiva (colectivamente), en vez de ser culpabilizante busca ser corresponsabilizante (empoderar para lo toma de decisión y el hacerse cargo de sus procesos de salud) y, en vez de homogeneizar, busca reconocer lo diverso y lo singular.

En este marco, se deben tener dos consideraciones. Por un lado, la vida no puede ser reducida a un registro biológico, despojada y aislada de su forma (como si esto fuera posible), sino que debe remitirse a los procesos de vida en tanto forma-de-vida (Agamben, 1998, 2017), en donde en sus estilos y modos de vida se juega el vivir mismo. Las vidas se entienden como políticamente cualificadas, nunca fragmentadas y siempre entregadas a la potencia, no simplemente supervivencia siempre en acto y amenazada.

Por otro lado, el trabajo y accionar en salud no puede ser sustentado solo desde el modelo biomédico, por lo que, podemos entender que desde la perspectiva de la SC se encuentra ampliado (Carvalho y Monteiro, 2016). Ampliado en el sentido de redefinición epistemológica (como fue descrito antes) y organizacional del trabajo y accionar en salud situado y contextualizado, centrado en la singularidad (Campos, 2021). En cuanto a esta segunda ampliación, las relaciones profesional-usuario dejan de ser médico-paciente para pensarse de forma interdisciplinaria y de coproducción (Campos, 2021), donde el centro está en los sujetos con sus trayectorias personales, biografías corporales, emociones, sentires en el marco de un contexto sociohistórico cultural determinado. Se amplían así tanto los actores involucrados en los procesos y producción de salud (profesionales, académicos, usuarios, colectivos, organizaciones sociales relacionándose de forma horizontal, reflexiva, activa y creativa) como los saberes puestos en juego en ese trabajo y acción en salud (científicos, populares, ancestrales), dialogando entre sí para construir un mismo objeto: la salud, así, «resulta fundamental aprender la variación, saber escuchar e indagar en cada caso singular y decidir, ponderando, escuchando a otros profesionales, exponiendo incertidumbres y compartiendo dudas. La clínica del sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo» (Campos, 2021, p. 49). De este modo, se producen nuevos marcos conceptuales y metodológicos, tanto para la producción del conocimiento como para la construcción de intervenciones en la atención en salud. Tal como aporta Campos (2021), esta perspectiva exige de la improvisación y de la creatividad, así como de la combinación de diferentes modelos y formas de pensar y hacer en salud para así responder a las necesidades de salud de los sujetos singulares y grupos particulares.

Habrà que superar la fragmentación entre la biología, la subjetividad y la sociabilidad mediante el trabajo con proyectos terapéuticos amplios que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que reconozcan un papel activo para el expaciente, para el enfermo en lucha y en defensa de su salud, en general, interrelacionado con la salud de los otros (Campos, 2021, p. 47).

En definitiva, desde esta perspectiva se intenta superar paradigmas medicalizados (Illich, 1975; Barrán, 1992; Porzecanski, 2011) y procedimiento-centrados (Merhy, 2021) que se suponen universales y homogéneos, para pensar en perspectivas usuario-centradas (Merhy, 2021), que se construyan colectivamente, en el contexto particular y para las personas implicadas en él, evitando «a reprodução de modelos “aplicacionistas” que acabam criando uma relação instrumental em que o profissional é sujeito e o aluno é objeto» (Carvalho *et al.*, 2013, p. 644). Se supera entonces la posición pasiva, para comenzar a involucrarse, hacerse cargo y tomar decisiones al respecto de las trayectorias de vida (en tanto formas de vida).

La perspectiva de las PC es la que nos habilita a pensar a la EF en el área de la salud no subordinada al saber biomédico y a la prescripción médica, como históricamente ha sido, sino desde su campo y saber específico, siendo parte de los equipos de salud y de la producción de salud de las personas y colectivos (Carvalho *et al.*, 2013; Carvalho, Fraga y Gomes, 2012).

En primer lugar, las PC son entendidas como las «formas de hacer, pensar y decir, que toman por objeto al cuerpo [y como] “sistemas de acción en la medida que están habitadas por el pensamiento”» (Crisorio, 2015, p. 36), que son analizadas, conocidas y reconocidas, tal como aporta Crisorio, desde sus aspectos técnicos y estratégicos (que le otorgan homogeneidad), desde las relaciones de saber, poder y ética (sistematicidad) y desde sus formas históricamente particulares que refieren a cuestiones de alcance general (recurrencia). Es así que las PC solo pueden ser entendidas en el marco de un contexto sociocultural, sin desconocer su devenir histórico. Son prácticas que, en tanto formas y sistemas de acción, son producto de una cultura (estructura del pensamiento) y, al mismo tiempo, son productoras de cultura. No tienen una esencia en sí misma, no son naturales, sino que responden a unos fines (Giles, 2008), visibilizando que no son ingenuas ni neutras, y que tendrán efectos en los sujetos particulares. Los «... saberes que transmitimos constituyen un saber práctico, público, culturalmente construido que los sujetos pueden aprender para integrarse con ellos al mundo de las prácticas corporales» (Giles, 2008, p. 4), otorgándole un sentido al movimiento y ampliando el acervo de su cultura corporal del movimiento.

Para el caso particular de la EF en el campo de salud, el sentido de la propuesta de las PC, tal como aporta Carvalho (2001),

... é proporcionar —por meio do conhecimento, da experiência com o conteúdo dos jogos, da dança, do esporte, e do lazer— melhores condições de se expressar, de se manifestar por meio do movimento corporal para então ele (o indivíduo) construir possibilidades outras de se situar no mundo com o intuito de, justamente, viver melhor, individual e coletivamente (p. 12).

Lo que se busca es crear posibilidades de encuentro, escucha, recepción, a partir de la construcción de relaciones con la cultura corporal del movimiento, expandiendo su experiencia corporal, pudiendo volver al movimiento (o la quietud) significativo y valorado para la persona o colectivo particular en un contexto particular (Carvalho y Monteiro, 2016), creando espacios de cuidado y atención en salud constitutivos de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado (Carvalho *et al.*, 2012).

En este marco, tal como para la salud entendida desde la perspectiva de la SC se tuvieron dos consideraciones, para la EF entendida desde la perspectiva de las PC se deben tener también dos consideraciones. La primera se refiere a las consideraciones respecto a la vida descritas anteriormente. La segunda hace referencia a la problematización respecto de la concepción de cuerpo. En el marco de las PC, no existe un cuerpo previo a las prácticas, natural, sino que este se construye y constituye en las prácticas, con relación a los otros y con los otros, siendo así un espacio de inscripción de lo cultural y político, en tanto es nombrado y disputado (Rodríguez, 2014).

La concepción biológica y organicista del cuerpo no es suficiente para explicar y responder a las demandas de los determinantes y necesidades sociales de salud de los sujetos. Es más, remitirse a un cuerpo orgánico y reducir la acción en salud a este cuerpo «desnudo», es una decisión política y también una ilusión (Rodríguez, 2014).

Ya como aportaba Le Breton (2002), el cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma, por lo que nunca es algo dado, natural y neutral, sino que siempre está cargado de sentidos, deviene de una historia, está inscripto en una cultura y es construido en sus formas de hacer, decir y pensar. En este sentido, el cuerpo es lo que nos inscribe en el orden de la diferencia y lo plural (Galak, 2015), en consecuencia, en el orden de lo público, por ende, de lo político, de lo verdaderamente humano (Arendt, 2009).

En síntesis, pensar el campo de la EF desde las PC en el área de la salud es pensar en una ampliación de las posibilidades de acción del campo. La EF como espacio potente (Carvalho, 2021) y como campo que da la posibilidad de la experiencia de estar presente, de la relación, de la exposición, de la construcción conjunta, de la producción de vida, del disfrute, y que recupera las dimensiones afectivas, subjetivas, singulares, sensibles, así como también las culturales y sociales (superando nociones reduccionistas, instrumentales y utilitaristas de la EF). Además de que pensar la relación EF con la salud desde estas conceptualizaciones habilita a proponer nuevas prácticas, nuevos escenarios de prácticas, nuevos contenidos, saberes en circulación, sujetos participantes, ampliando así la cultura de los sujetos (profesionales y consultantes) y sus experiencias corporales, tanto con los otros como con uno mismo.

Reflexión y problematización

Primera lectura: posibilidades en el marco institucional universitario

Entendemos que la articulación del EFI con el Grupo de Investigación y UC de la Licenciatura de Educación Física (ISEF, Udelar) puede tener dos lecturas vinculadas entre sí.

En primera instancia, la articulación nos permite tomar posición desde perspectivas teóricas, tales como la SC y las PC, promoviendo que la práctica de extensión no quede en el orden de lo volitivo, sino que cobre un sentido proyectándola en el vínculo academia-territorio, promoviendo así la integralidad (Tommasino y Rodríguez, s. f.), la cual no implica la simple aplicación de teorías, sino que conlleva procesos de reflexión y de identificación corporal de las prácticas llevadas adelante. En este contexto, se busca dar sentido a las prácticas situándolas en un espacio-tiempo, sucediendo en simultáneo la acción y la reflexión, atravesando a los sujetos que las realizan. En definitiva, nos permite pensar la práctica de extensión desde la articulación de las tres funciones (extensión, investigación y enseñanza) con el fin de hacer una intervención con intencionalidad transformadora. Es decir, pensar la acción en términos de praxis (Freire, 1984), en donde el propio acto de transformar (una práctica, un espacio, un problema) implique una transformación en los actores involucrados, pudiendo así trascender dicho acto particular y concreto, volviéndose significativo para los actores y generando cambios estructurales.

Esta articulación entonces nos abre a una participación en el territorio que tiene que ver con la articulación entre los actores universitarios y no universitarios, desde una relación horizontal, con el planteamiento de propuestas concretas de participación conjunta, que tienen una intencionalidad definida, poniendo en funcionamiento la producción académica que habilita a determinadas prácticas y formas de relacionamiento.

En segunda instancia, esta interrelación academia-territorio habilita al ejercicio de poner a circular las perspectivas teóricas, encontrando resistencias y fugas a lo que se «sabe» y dice sobre la salud, el cuerpo y la EF, lo que conlleva que podamos desnaturalizar y desneutralizar desde una perspectiva crítica aquello que se «sabe» y dice sobre los objetos, a partir de un intercambio de saberes por medio del trabajo colectivo y el intercambio reflexivo, es decir, desde un paradigma de la ecología de saberes (Tommasino y Rodríguez, s. f.).

En este orden de ideas fue que pudimos establecer vínculos con otros servicios universitarios, lo que permite generar relaciones entre actores universitarios que se proyectan en un mismo sentido, en este caso el de la SC, etapa que puede ser reconocida en las experiencias del proceso de consolidación del campo teórico-práctico de la SC en Brasil (Duarte Nunes, 2016). La posibilidad de sostener estos vínculos establecidos, dan cuenta como estos no permanecen acabados, de una vez y para siempre, sino que están siempre abiertos y tensionados, al poner en discusión e intercambio el objeto en circulación: la salud.

Reconocemos en estos vínculos un camino hacia la interdisciplina (Bianchi, 2016). Una de las condiciones de posibilidad para ella ya está dada: la coincidencia espacio- tiempo en un espacio de extensión integral discutiendo un objeto común. Sin embargo, encontramos tensiones para hablar de interdisciplina por la dificultad de romper barreras disciplinarias y superar la inmunidad disciplinaria, producto de las trayectorias históricas de cada disciplina. Igualmente, se encuentran en la experiencia del EFI, desde su surgimiento hasta la actualidad, diferentes estrategias y abordajes de pensamiento conjunto y colectivo con una participación activa y horizontal que impulsa una perspectiva interdisciplinaria, tornándose un espacio potente para la posibilidad de la SC y de la participación de la EF en un primer nivel de atención desde los marcos teórico-prácticos propuestos.

En definitiva, el marco institucional universitario nos habilita a pensar la configuración del EFI desde la integralidad, la praxis y la interdisciplina.

Segunda lectura: el encuadre teórico como potencia, ¿una fuga?

Al entender que el EFI «Estrategias Interdisciplinarias para la producción de salud. Un camino posible» se propone desde el diálogo entre las perspectivas de la SC y las PC, es que podemos encontrar en los objetivos y las diferentes propuestas, tanto de los programas del EFI como en los encuentros semanales en la policlínica en la

Huerta Orgánica Comunitaria y el grupo de personas mayores, elementos que visualizan experiencias de SC y PC en el primer nivel de atención. Estas experiencias no se encuentran sin tensiones y limitantes, las cuales exponemos en el siguiente apartado.

En este camino, la salud es vista como proceso en el cual se pone en relación con la enfermedad, al no ser conceptos que se encuentran aislados ni resultan ser opuestos, sino que son pensados en un vínculo interpretado como proceso salud-enfermedad, ampliando así las perspectivas tanto como posibilidades de pensar y pensarse en la salud.

De esta forma, habita la posibilidad de pensarla desde las ciencias sociales y humanas y las ciencias biológicas de forma coexistente, para poder comprenderla como proceso complejo e integrado dentro de un contexto particular, en un momento, construido históricamente a la vez que variando históricamente, influyendo en él (Berterreche, Buglioli, Etchebarne, Jones y Vainer, 2001).

Se busca entonces responder a las necesidades y demandas de los sujetos con los sujetos, al mismo tiempo que atender los determinantes sociales de la salud de forma tal que se logre superar la idea de «factores de riesgo», «grupo poblacional», así como otros conceptos y formas de abordar que tienden a homogeneizar y generalizar a los sujetos y su atención.

La importancia de estas ideas radica en la posibilidad de pensar que cada sujeto está y es situado social e históricamente, es sensible, intersubjetivo, activo y participativo, por lo que las propuestas se realizan de forma contextualizada promoviendo la construcción conjunta, de forma colectiva, atendiendo a las necesidades y gustos en el espacio. Para ello, se abordó de forma interdisciplinaria, proponiéndose desde la EF pensar en conjunto con otros campos de saber, como lo son la odontología, la nutrición y la medicina, y con las usuarias, a partir de una relación de horizontalidad entre profesionales, estudiantes y usuarias, donde se escuchan todas las voces presentes para la construcción del espacio.

Es en este proceso y construcción colectiva que desde el EFI hay un posicionamiento para pensar desde la perspectiva de la Clínica Ampliada (Carvalho y Monteiro, 2016; Campos, 2021), al configurarse como espacio de reconocimiento donde se le da lugar a diferentes actores, diferentes espacios y diferentes saberes, así como a la elaboración de diversas estrategias de estar allí. Estrategias que dan lugar a nuevas posibles formas de transitar, de decir y de pensar, que habilitan a ampliar las posibilidades y miradas para pensar a la salud (Carvalho *et al.*, 2013).

En este sentido es que se constituye a su vez como un espacio de cuidado, en términos de pensar a la salud desde el recibimiento y desde una búsqueda de la autonomía, donde aparecen y se producen relaciones intrínsecas entre sujetos buscando nuevos procesos, donde el usuario en última instancia representa necesidades de salud. Se presenta como aquello que escapa a la posibilidad de ser absorbido por el modelo instituido, un lugar en constante revisión, renovación y reformulación, reflexionando

e intercambiando sobre aquello que se hace al mismo tiempo que proponiendo y generando nuevas formas de hacer (Merhy, 2021).

Las PC puestas en juego en los encuentros son espacios potentes para poder identificar y reconocer lo anteriormente expuesto, ya que desde las propuestas de PC se busca generar movilizaciones en el modelo instituido. Esto puede ser visualizado en tanto que las PC no están orientadas a la «búsqueda de una salud perfecta» (Illich, 1999), donde lo que prima son estándares de belleza, técnicas y modelos ideales, y la formación de un cuerpo ideal, que, tal como aporta Carvalho (2001), segrega, fragmenta y paradójicamente, tal como afirma Illich (1999), le generan al sujeto mayor malestar, desesperación, culpabilidad, responsabilidad y necesidad. Lo que buscan es la ampliación de las posibilidades corporales, de poder encontrarse en lugares distintos a los cotidianos y del disfrute, promoviendo el encuentro con los otros y la participación activa y creativa, en donde se dé lugar al encuentro con las posibilidades y limitaciones corporales singulares, con las trayectorias y biografías corporales y personales que se inscriben en el cuerpo y lo configuran. Asimismo, estas propuestas buscan ser significativas para los sujetos, por lo que se plantean con relación al contexto y las historias de estos, para que puedan ser trascendentales a la vida de los sujetos (incorporadas).

En este sentido, las PC se proponen desde la producción del conocimiento, no reducido al conocimiento científico y escrito, sino que se promueva la circulación de saberes de diferentes órdenes con el fin de conocer, ampliando así el acervo cultural tanto de los usuarios como de los profesionales, y de allí, las posibilidades de acción y toma de decisión respecto de la salud y las formas de vida.

En pocas palabras, las potencialidades que nos propone la SC y las PC son las fugas a la relación históricamente subordinada de la EF a la salud, y de ambas a perspectivas prescriptivas, culpabilizadoras y responsabilizantes que tienen su sustento en concepciones positivistas, biologicistas e higienistas.

Tercera lectura: el marco institucional como desafío, ¿posibilitador o limitante?

Ahora bien, lo expuesto anteriormente no sucede sin barreras, resistencias y tensiones, que debilitan la posibilidad de establecimiento de esas perspectivas como perspectivas legítimas en los imaginarios y representaciones, principalmente, en los profesionales del equipo de salud de la policlínica.

El primer desafío lo propone la política pública en la cual se enmarca la policlínica en donde el EFI tiene anclaje territorial. El SNIS (creado por la Ley 18.211 de 2007 y en relación con otras leyes tales como 18.161, Ley 18.121, Ley 18.335) como política pública se propone como dispositivo regulador y configurador de la realidad en términos de salud en el Uruguay. El SNIS se propone cambios en tres niveles, el primero, en el modelo de atención a la salud, buscando la atención integral y basado en la estrategia

de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención. El segundo, en relación con el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles, con transparencia en la conducción de las instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios. Por último, en el sistema de financiamiento del sector, con mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente (Fondo Nacional de Salud). A partir de estos tres cambios, busca configurar un pensar y hacer en salud que tenga en cuenta la interdisciplinariedad, la intersectorialidad, la centralización normativa, la descentralización ejecutiva con eficiencia social y económica, el humanismo, la gestión democrática, la participación social y los derechos del usuario. Orientado por principios tales como la equidad, universalidad, accesibilidad, sustentabilidad, integralidad, solidaridad. Sin embargo, muchas veces estos cambios no se piensan como cambios estructurales, sino actitudinales que quedan en la voluntad y responsabilidad de la persona individual, desconociendo la influencia del modelo biomédico que no es solidaria con esta reforma, ya que conlleva una tecnificación de la práctica médica y biologización de los modelos conceptuales (por ejemplo, positivismo, idea de cuerpo como mecanismo, paradigma mecanicista), donde el objeto no refiere a la salud, sino a la enfermedad y, al mismo tiempo, la enfermedad refiere al riesgo y sus factores (Almeida Filho y Silva Paim, 1999).

Toda política pública surge a partir de un problema socialmente reconocido para ser atendido, y al mismo tiempo que atiende al problema, define al objeto de dicho problema (Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne, 2008; Navarro, 2008), a su vez, tal como aporta Silva Paim (2021), toda reforma sanitaria implica una reforma social. El paradigma que sustenta dicha política pública es el de la Salud Comunitaria y la estrategia de la Atención Primaria en Salud,⁶ este va a proponerse como el modelo que se configura como horizonte de posibilidades sobre lo que se piensa, hace y dice sobre la salud. En este sentido, no es casual que la sc parta de dichos paradigmas para intentar superarlos (no rechazarlos) y proponer nuevas formas, tal como aportan Almeida Filho y Silva Paim (1999): «Se trata de una construcción en el plano epistemológico al tiempo que se movilizan voluntades en el ámbito de la praxis para alimentar el pensamiento y la acción» (p. 16). Cabe mencionar que este horizonte de posibilidades no es absoluto y acabado, sino que siempre tiene lugar para la fuga, tal como podemos pensar desde Merhy (2021) sobre el trabajo vivo en acto en salud, que es ejemplificante de la experiencia del EFI descrito en el apartado anterior.

6 Esta estrategia surge en la conferencia de Alma Ata (1978), basada en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, y atraviesa todos los niveles de atención en salud, pero con énfasis en el primer nivel. En el marco de esta estrategia, «la participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad» (Vignolo et al., 2011, p. 13).

El segundo desafío lo propone el modelo hegemónico instituido de salud que sustenta dicha política pública y el hacer en la policlínica. El modelo hegemónico de salud, que se encuentra permeado en los diversos aspectos de la vida de los sujetos, propio de un proceso de medicalización de la sociedad (Illich, 1975; Barrán, 1992; Porzecanski, 2011), es el modelo biomédico (Merhy, 2021; Castiel y Álvarez-Dardet, 2021), el cual intenta absorber y totalizar las acciones que se proponen como disruptivas y desactivadoras de lógicas funcionales y reproductivas del sistema actual, capitalista, patriarcal y colonial en términos de Breilh (2003). Este modelo de salud hegemónica se relaciona con la EF desde el discurso de la AF (Crisorio, 2015), el cual es sustentado y perpetuado por esta idea de salud.

Este modelo se expresa de diferentes formas en la experiencia de la policlínica, tanto desde los usuarios de salud como desde los profesionales que actúan en el espacio. Se perpetúa este modelo muchas veces a nivel discursivo, con la repetición de eslóganes de las prescripciones. Esto, ya que muchas veces, estas prescripciones permean al sentido común, son apropiadas por los sujetos particulares, reproduciendo y legitimando aquello que el modelo propone como correcto y saludable, reforzada por preceptos morales y de responsabilización. Ejemplo de esto es el estilo de vida saludable, en relación con la alimentación y determinadas prácticas corporales (Castiel y Álvarez-Dardet, 2021).

Sin embargo, en este modelo instituido se encuentran fugas constantemente desde las propias formas de vida de los sujetos que participan en el espacio, en tanto que dan cuenta de las limitaciones y debilidades que supone este modelo para atender la complejidad y contingencia de la salud.

Cabe mencionar que tanto lo expuesto en el apartado anterior, como lo enunciado en el presente apartado, no se presenta de forma dicotómica y separada, sino que las diferentes perspectivas confluyen, por momentos en encuentros y por momentos en desencuentros, en los diferentes espacios del EFI, construyendo el objeto (la salud) de una forma particular y anclada al territorio.

En suma, el marco institucional del servicio de salud se propone como un desafío, por las posibilidades y limitantes que se encuentran desde la política pública (SNIS) y el modelo hegemónico de salud instituido.

Notas finales

Desde el EFI se ha venido buscando problematizar de forma integral e interdisciplinaria el concepto de salud, así como el vínculo que se establece entre este y la EF, para pensar en las posibilidades de inserción de la EF en un primer nivel de atención en salud.

Para ello, no solo se ha venido reflexionando en torno a las ideas de la EF y la salud, sino las relaciones que allí se establecen con el cuerpo y las prácticas, trascendiendo

al organismo, desde lo político, dialogando para ello, con diversos actores en el proceso.

Por eso es de gran relevancia el posicionamiento teórico para llevar adelante la experiencia, el cual se plantea desde la Salud Colectiva y las Prácticas Corporales, en tanto que habilitan formas otras de pensar y de enfrentarse a determinadas situaciones y definiciones impuestas que caen linealmente representando diversos mandatos impuestos a los cuales se ha subordinado a la EF.

Sin embargo, desde esta postura, se reconoce a la EF como construcción social e histórica, como proceso cultural y como concepto que es a la vez dinámico, pero está situado.

Para ello es que los encuentros y accionares interdisciplinarios posibilitan crear encuentros donde predomine la escucha, recepción y construcción colectiva entre los sujetos, creando espacios de cuidado y atención ampliada, donde se ve a la salud como proceso.

De esta forma es que se fue abriendo la participación y articulación en territorio donde se generaron vínculos entre actores universitarios y no universitarios de forma horizontal, reconociendo las posibilidades y los vínculos, los saberes y las experiencias particulares en el contexto, posibilitando un corrimiento de aquello que aparece instituido habilitando otras posibilidades no reducidas al conocimiento científico.

Estas posibilidades no se configuran de una forma homogénea y unívoca, sino que encuentran momentos de tensión y desencuentro a partir de un modelo biomédico hegemónico que intenta absorber las representaciones y las formas de hacer en salud.

Para finalizar, más que cerrar y concluir las posibilidades y formas de pensar la EF en el primer nivel de atención, buscamos seguir abriendo a la discusión y reflexión en torno al lugar de la EF en esta área del campo de la salud.

Referencias bibliográficas

- AGAMBEN, G. (1998). *Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos.
- AGAMBEN, G. (2017). Forma-de-vida. En *Medios sin fin. Notas sobre la política* (pp. 13-22). Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora.
- ALMEIDA FILHO, N., y SILVA PAIM, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5-30.
- ARENDT, H. (2009). La esfera pública y la privada. En *La condición humana* (pp. 21-95). Buenos Aires: Paidós.
- BARRÁN, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BERTERRECHE, R., BUGLIOLI, M., ETCHEBARNE, L., JONES, J. M., y VAINER, C. (2001). Salud y enfermedad. Conceptualización y evolución histórica. Determinantes. En L. Etchebarne (Coord.), *Temas de Medicina Preventiva y Social* (pp. 35-44). Montevideo: Oficina del Libro-Fefmur.

- BIANCHI, C. (2016). Encuentros sobre interdisciplina. *Inter Disciplina*, 4(10). <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2016.10.57762>
- BREILH, J. (2003). Introducción. En *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (pp. 27-92). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CAMPOS, G. W. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- CARVALHO, Y. (2001). Actividade física y saúde: onde está e quem é o «sujeito» da relação? *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 22(2), 9-21. Recuperado de <http://www.revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/viewFile/409/335>
- CARVALHO, Y. (2021, julio 21). *Clase de Yara Carvalho, «Salud Colectiva»* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=JoSj9pyhUDE&t=564s>
- CARVALHO, Y., FRAGA, A., y GOMES, M. (2012). Políticas de formação em Educação Física e Saúde Coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(3), 367-386.
- CARVALHO, Y., FREITAS, F., y MONTEIRO, M. (2013). Educação Física e Saúde: Aproximações como «Clínica Ampliada». *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 35(3), 639-656. Recuperado de <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/1373/o>
- CARVALHO, Y., y MONTEIRO M. V. (2016). *Práticas Corporais e Clínica Ampliada*. San Pablo: Hucitec Editora.
- CASTIEL, L. D, y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2021). *La salud persecutoria. Los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- CRISORIO, R. (2015). Actividad(es) física(s) versus prácticas corporales. En E. Galak y E. Gambarotta (Eds.), *Cuerpo, educación y política: tensiones epistémicas, históricas y prácticas* (pp. 23-39.). Buenos Aires: Biblos.
- DUARTE NUNES, E. (2016). La salud colectiva en Brasil: analizando el proceso de institucionalización. *Salud Colectiva*, 12(3), 347-360. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6562151>
- FREIRE, P. (1984). *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*. Ciudad de México: Siglo Veintiuno Editores.
- GALAK, E. (2015). El cuerpo de las prácticas corporales. En R. Crisorio y M. Giles (Coords.), *Estudios críticos de Educación Física* (pp. 271-284). La Plata: Al Margen.
- GILES, M. (2008). Educación corporal: algunos problemas. *Memoria Académica. Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP*, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, La Plata. Recuperado de https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.691/ev.691.pdf
- ILLICH, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. S. I: Barral Editores.
- ILLICH, I. (1999). *La obsesión por la salud perfecta, un factor patógeno predominante*. S. I.: s. n.
- KIPEN, E. (2022, junio 11). *EF y salud colectiva. Clase (9/06/2022)* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=sowzmo89bjg&t=2s>
- LE BRETON, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- MERHY, E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús. Recuperado de <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/24>
- NAVARRO, C. (2008). El estudio de las políticas públicas. *Revista Jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, (17), 231-255.

- PORZECANSKI, T. (2011). *Somos cuerpo: itinerarios y límites*. Montevideo: Trilce.
- RODRÍGUEZ, R. (2014). Por una lectura política de la relación cuerpo-educación-enseñanza. *Polifonías Revista de Educación*, 3(5), 128-143. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/18299>
- SILVA PAIM, J. (Ed.). (2021). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- SUBIRATS, J., KNOEPFEL, P., LARRUE, C. y VARONNE, F. (2008). Las políticas públicas. En *Análisis y gestión de políticas públicas* (pp. 35-50). Barcelona: Ariel.
- TOMMASINO, H., y RODRÍGUEZ, N. (s. f.). Tres tesis básicas sobre extensión y prácticas integrales en la Universidad de la República. En *Cuadernos de Extensión N° 1. Integralidad: tensiones y perspectivas* (pp. 19-42). Montevideo: Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio. Recuperado de <https://www.extension.udelar.edu.uy/blog/books/cuadernos-de-extension-no-1-integralidad-tensiones-y-perspectivas/>
- VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., ÁLVAREZ, C. y SOSA, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, xxxiii (1), 11-14.