

Saber del cuerpo, saber con el cuerpo: la comunicación de la salud desde una ética del cuidado

Knowing about the body, knowing through the body: health communication from an ethics of care

Saber do corpo, saber com o corpo: a comunicação da saúde a partir de uma ética do cuidado

Ximena Irene Cabral

ORCID: 0000-0002-2395-4670

Natalia Drazile

ORCID: 0009-0000-0234-4403

Victoria Mendizábal

ORCID: 0000-0002-3436-748X

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Correspondencia: nataliadrazile@gmail.com

DOI: 10.22235/d.v38.3512

Recepción: 04/07/2023

Revisión: 10/11/2023

Aceptación: 14/11/2023

RESUMEN. La pandemia de COVID-19 generó una crisis mundial que puso en tensión distintos planos de la existencia humana. En el plano de la salud, el modelo biomédico hegemónico imperó en los modos de explicar y ofrecer soluciones; sin embargo, su mirada biologicista resultó insuficiente, lo cual habilitó preguntas y reflexiones sobre la dimensión sociohistórica y situada de los cuerpos y puso en tela de juicio las formas de producción capitalista en sus vínculos con lo viviente. En este artículo se realiza una revisión crítica del modelo biomédico para, luego, dialogar desde los aportes de otros campos de conocimiento en lo que respecta a otros modos de pensar los cuerpos, desde los cuerpos y su relación con lo viviente. Se considera que, desde una comprensión densa y vitalista del concepto de salud, e incorporando algunas miradas desde el cuidado y debates feministas, se pueden construir otras tramas para pensar la comunicación en este campo.

Palabras clave: comunicación en salud; modelo biomédico hegemónico; narrativas situadas; ética del cuidado; perspectivas feministas.

ABSTRACT. The COVID-19 pandemic generated a global crisis that brought various aspects of human existence into tension. In the field of health, the hegemonic biomedical model prevailed in explaining and offering solutions. However, its biologicistic perspective proved insufficient, prompting questions and reflections on the sociohistorical and situated dimension of bodies and challenging capitalist modes of production in their relationship with the living. This article undertakes a critical review of the biomedical model and then engages in dialogue with contributions from other fields of knowledge regarding alternative ways of conceptualizing bodies, from bodies themselves and their relationship with the living. It is argued that, through a dense and vitalist understanding of the concept of health, and by incorporating insights from care perspectives and feminist debates, alternative frameworks can be constructed for thinking about communication in this field.

Keywords: health communication; hegemonic biomedical model; situated narratives; ethics of care; feminist perspectives.

RESUMO. A pandemia da COVID-19 gerou uma crise global que colocou sob tensão diferentes níveis da existência humana. No campo da saúde, o modelo biomédico hegemônico prevaleceu nas formas de explicar e oferecer soluções; no entanto, essa perspectiva biologicista mostrou-se insuficiente, o que instigou perguntas e reflexões sobre a dimensão sócio-histórica e situada dos corpos, e colocou em xeque as formas de produção capitalista em seus vínculos com os seres vivos. Neste artigo, realiza-se uma revisão crítica do modelo biomédico para, posteriormente, dialogar a partir das contribuições de outros campos do conhecimento no que se refere a outras formas de pensar os corpos, a partir dos corpos e de sua relação com os seres vivos. Considera-se que, a partir de uma compreensão densa e vitalista do conceito de saúde, e incorporando algumas visões do cuidado e de debates feminista, é possível construir outras tramas para pensar a comunicação nesse campo.

Palavras-chave: comunicação em saúde; modelo biomédico hegemônico; narrativas situadas; ética do cuidado; perspectivas feministas.

Palabras introductorias

En los últimos años, se han observado avances significativos en torno a la reflexión conceptual y teórica en el campo de la comunicación de la salud. Sin embargo, estas discusiones, que han contribuido a problematizar y caracterizar el campo, no se han visto reflejadas en una revisión consistente y sistemática de las prácticas de comunicación en salud que se desarrollan en los territorios, ni de la producción de contenidos de salud que circulan por diversos medios y contextos (Espoz Dalmasso, 2021). Por otro lado, también en las últimas décadas, se está produciendo un cambio paulatino —aunque aún dificultoso— en la definición del concepto de salud, que intenta romper con el clásico modelo biomédico imperante. Así, los aportes de Lalonde (1974) sobre la importancia de los llamados *determinantes sociales de la salud* y la carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986) han favorecido una nueva concepción que entiende a la salud de las personas y de las comunidades en el marco de sus condicionantes sociales y culturales.

Pensar el campo de la comunicación en la salud más allá de las fronteras no implica una lectura transfronteriza o desterritorializada, sino ampliar la mirada geopolítica, pero también proponer un abordaje transversal que permita cuestionar aquellas que nos separan de otros seres vivos y de los ciclos de la naturaleza. En este sentido, nos surgen los siguientes interrogantes como disparadores: ¿Cuáles son las limitaciones de preservar la salud humana sin ocuparnos de la salud animal?, ¿es posible escindir nuestra salud del impacto de nuestras decisiones económicas sobre el ambiente?, ¿se construyen narrativas divergentes para pensar la salud a escala planetaria y empezar a hablar de “una sola salud”?

A partir de la experiencia en nuestros equipos de formación e investigación,¹ indagamos en la necesidad de no reducir la salud a la única dimensión biológica que aún prevalece y se extiende en los ámbitos asistenciales, de investigación, de formación profesional y de producción de contenidos. Así, la promoción de nociones de salud desde una perspectiva integral interpela a pensar tácticas de comunicación desde la complejidad humana, de sus corporalidades y desde los diferentes territorios donde se emplazan. En tal sentido, consideramos que es preciso repensar propuestas que desafíen y pongan en cuestión los modelos de formación clásicos y que aniden en una práctica de comunicación en salud que sea “encarnada”

y “situada” desde una perspectiva diversa e intercultural, proponiendo un enfoque alternativo al de la supremacía de la modalidad lógico-científica (Cabral & Mendizábal, 2021). Por lo tanto, pensar en términos de territorios, marcando el plural, nos permite situar el pensamiento, el sentir, el hacer, el decir y el mirar. Poner el foco, o el pie, en sitios específicos —con su paisaje, sus objetos, sus modos de habitar— nos posibilita explorar otros modos de contar los procesos de salud y enfermedad, particularizarlos y devolverles el potencial de la singularidad que no se confunde con individualismo, sino con la invitación a pensar y conocer con otros y desde otros saberes para configurar otros modos posibles de ver, decir y hacer.

Asimismo, situar los pensamientos, las acciones y las reflexiones en contextos permite recuperar, también, las formas de contar, de cuidar y curar, pero no de manera excluyente. Los territorios nos hablan y nos abren a la reciprocidad y a lo que Donna Haraway (2022) llama *respons-habilidad*: no solo la capacidad o habilidad de dar respuesta, sino la responsabilidad de involucrarse.

En este marco, nos proponemos una revisión crítica del modelo biomédico imperante para, luego, abogar por los aportes y discusiones vigentes desde otros campos de producción de conocimiento en lo que respecta a otros modos de pensar los cuerpos y su relación con lo viviente.² Desde allí, realizaremos algunos planteos desde el campo de la comunicación en salud pensando en los determinantes ambientales, en la salud socioambiental y los aportes desde las perspectivas feministas y la ética del cuidado.

Des-armando modelos

Los modelos de atención (Menéndez, 2009) de los procesos definidos como enfermedad y salud funcionan como dispositivos que articulan diferentes discursos, prácticas y saberes para disponer y predisponer a los sujetos a ser de

1:: Las propuestas de investigación y formación están radicadas en el Centro de Investigaciones en Periodismo y Comunicación “Héctor Toto Schmucler” (CIPeCo), dependiente de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de Córdoba.

2:: En ese marco de perspectivas transversales en géneros e interculturalidad fue que abordamos tanto el seminario de grado Comunicación y Salud, como el diseño curricular de los Trayectos de Posgrado y Extensión de Prácticas de Comunicación en Salud desde 2017 hasta el 2021 en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de Córdoba.

determinada manera (Agamben, 2007). En este sentido, el modelo biomédico hegemónico construye las figuras de los profesionales de la salud y los consultantes desde un entramado que pondera lo biológico por sobre la dimensión cultural, histórica y social. Durante la pandemia de COVID-19, dicho modelo constituyó el eje de todas las decisiones e informaciones sobre cómo afrontar la situación. Sin embargo, como cualquier acontecimiento disruptivo, abrió la posibilidad de preguntar sobre otras formas posibles de comprender y atender los procesos de salud.

Las ciencias médicas se han construido sobre las bases de una ciencia positivista que confiaba en la separación del sujeto y el objeto de estudio como realidades independientes, remarcando la pureza del objeto en la pretensión de explicaciones causales mediante la enunciación de leyes que demostraran la regularidad de los fenómenos. Dicho paradigma contribuyó a borrar los rasgos históricos y culturales de los modos de comprender, construir y atender la salud, la enfermedad y la atención. Y, aunque los lineamientos positivistas se consideran superados en las pretensiones de objetividad pura y separación de la realidad de los objetos estudiados, los procesos de atención de los padecimientos sostienen y reproducen estas lógicas cuando, por ejemplo, las preguntas que se realizan al paciente no permiten recuperar la dimensión que la persona le da a la situación que atraviesa. En este sentido, durante la pandemia de COVID-19 era común encontrar indicaciones sobre estrategias de prevención, elaboradas por distintos organismos gubernamentales, que respondían a un modo de comprender la sociedad como un todo orgánico y regular. De esta manera, no se contempló la situación de miles de personas que no podían contar con agua potable para la higiene de manos y objetos que ingresaban a los hogares, ni hablar del imperativo de aislamiento ante un caso, sospechoso o confirmado, en hogares que no contaban con espacios diferenciados.

Otro pilar sobre el que se sostiene el modelo biomédico está constituido sobre el modo en que se comprende el cuerpo. En pocas palabras, podemos decir que es un cuerpo-cosa-máquina y cuerpo contenedor. Estas dos construcciones están entrelazadas, ya que el objetivo de la intervención de les³ profesionales de la salud es encontrar los signos que denotan la falla o alteración en alguna de las funciones del organismo. Pareciera reconocerse que la norma es el buen funcionamiento, la perfección y la proporcionalidad de las piezas que constituyen ese cuerpo

y que, por el contrario, la excepción se constituye en la enfermedad. En ese tipo de cuerpo se puede acceder al conocimiento de la enfermedad mediante la observación y el hallazgo de datos técnicos y científicos, tal como le corresponde a la mecánica para dar respuestas sobre el desperfecto de una maquinaria. En ese punto aparece la configuración de un cuerpo contenedor o portador de la falla biológica que debe ser descubierta mediante estrategias diagnósticas que no incluyen la comunicación y el diálogo, sino la palpación, la percusión, la auscultación o el uso de exámenes complementarios. Todas estas maniobras tienen por objetivo segmentar la totalidad y la vastedad del cuerpo de la persona para poder acceder al conocimiento de la enfermedad (Foucault, 1963/2014). Por este tipo de operaciones —que delimitan el objeto que debe verse y analizarse mediante determinados procedimientos— es que se obtiene por resultado la modificación en el plano de los enunciados. Se reemplaza la pregunta médica respecto de qué siente el paciente por la que indaga a dónde le duele.⁴

Durante la pandemia, fuimos una población espectadora de clases de biología televisadas: eran incontables las explicaciones sobre el funcionamiento del virus, los modos de mutación desde la presencia en algún animal de granja, pasando por la vectorización en un murciélago hasta llegar, finalmente, a un cuerpo humano que sirvió de alojamiento para, después, seguir transformándose en enormes cantidades de cepas. Esa dimensión biológica del cuerpo instalada por el discurso médico hegemónico ha permitido, durante años, correr la dimensión social, colectiva y productiva desde la cual también requieren ser mirados los procesos de enfermedad. Desde entonces, soportamos una avalancha de información vinculada a la transmisión biológica del virus por sobre otras lecturas vinculadas con los campos de la psicología, la sociología o la antropología social para poder comprender un fenómeno tan complejo como una pandemia. Ni que hablar del escaso o nulo espacio que se le ha asignado a profundizar acerca del impacto del deterioro ambiental y el origen zoonótico de una crisis global que promete no ser la última.

3:: Utilizaremos la "e" para reconocer identidades no contempladas dentro de términos binarios o masculinizantes.

4:: La centralidad de la enfermedad fue trabajada en el Trabajo Final de la Licenciatura en Letras Modernas (FFyH- UNC) titulado *El cuerpo como objeto del discurso médico. Análisis del discurso médico en la Cátedra Semiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba* (Drazile, 2021).

En ese sentido, los años del aislamiento, social, preventivo y obligatorio (ASPO) y este contexto de pospandemia deben ser comprendidos como un punto de inflexión para que habilitemos reflexiones sobre otros vínculos entre lo humano y lo no humano. Como propone Mónica Cragolini (2020), debemos dejar de entender las pandemias y los eventos climáticos como “catástrofes sorpresivas” ligadas a un supuesto funcionamiento independiente de la naturaleza respecto de nuestras acciones colectivas. Se ha vuelto un imperativo el poder comprender cómo nuestros cuerpos habitan y existen en relación con otros cuerpos (humanos, animales, minerales), paisajes, atmósferas, volviendo a repensar nuestra salud como parte de una salud global vinculada con el bienestar planetario.

Retomando el modelo biomédico hegemónico, puede identificarse otro problema ligado al tipo de razonamiento que enseña a identificar un problema mediante la exploración y la tipificación, no denotando un proceso analítico, sino de reconocimiento o comprobación. Esto agrega otra característica al tipo de cuerpo construido en este discurso médico: es un cuerpo general, reglado y delimitado en su funcionamiento y en la interacción con el contexto. Aún más, se puede agregar que ese cuerpo responde a modelos heteronormados, clasistas y racializados.⁵ En otras palabras, los datos que ese cuerpo estudiado arroje deben ser medibles y comparables con el patrón indicado para la presunta enfermedad, logrando que las particularidades, la heterogeneidad, lo individual y cultural del cuerpo se diluyan entre números y estadísticas. Cuando el foco está puesto en la enfermedad, y no en el paciente, la reducción opera de la siguiente manera: primero, lo real se reduce al plano empírico, es decir, a los signos medibles mediante las maniobras semiológicas; segundo, los procesos se reducen al estrato natural, puramente biológico; finalmente, la enfermedad se reduce a lo individual biológico (Drazile, 2021). Este tipo de razonamientos es una de las principales debilidades de los modelos biomédicos en un contexto social y cultural que les reclama a gritos el reconocimiento de la enfermedad como un fenómeno actual y real; esto es, situada histórica y culturalmente en un mundo donde la transformación y la diversidad es lo corriente.

La pandemia puso en evidencia que los modos en que nos vinculamos con el entorno natural y con los otros son elementos claves para comprender no solo la existencia de un virus, sino también para encontrar las estrategias que permitan prevenir, atender y cuidar. De todos modos,

el uso de expresiones como “el enemigo invisible” para referirse a un virus, reproduce un modo biologicista de comprender los procesos de salud, enfermedad y atención. Ese tipo de enunciados no contribuye a comprender la raíz del problema “sino a ocultarlos, además de naturalizar y avanzar en el control social sobre aquellos sectores considerados como más problemáticos” (Svampa, 2020, p. 26).

Como mencionamos anteriormente, todo modelo de atención configura “modos de regularizar conductas” (Deleuze, 1990) y predisponer a las personas a ser de determinada manera. El ejercicio de una profesión no solo configura la subjetividad de los profesionales, sino también construye una figura de destinatario de dicho ejercicio. En este sentido, es importante reflexionar sobre los significados latentes de la palabra “paciente”: la latencia o suspensión de su “ser” sujeto. Esto es así en tanto la mirada de los profesionales yace sobre la enfermedad, sobre el cuerpo de la patología. De ese modo, tal vez los pacientes se definen por esa capacidad de no intervenir ni quejarse mientras se les separa de su cuerpo que debe ser “arreglado”. Dicha pasividad no solo está relacionada con sus capacidades de acción, sino también respecto de los conocimientos que poseen sobre su propio padecimiento. De esta manera, la persona solo puede adoptar una actitud paciente mientras espera para ser atendida; luego, mientras se la interroga y examina, mientras se separa su ser cuerpo en un objeto-máquina y portador. Finalmente, la actitud se repite en la indicación de la toma de medicamentos y la espera de los efectos. En tanto la enfermedad tenga una entidad propia y biológica que requiera una intervención igualmente limitada al funcionamiento biológico, la figura de paciente no será construida, en el modelo biomédico, como una persona que debe comprender el sentido del dolor que sufre para poder tomar las riendas de su proceso. Estas concepciones se proyectan en las diferentes estrategias de comunicación en la salud que se vieron claramente exaltadas durante la pandemia y la idea de contacto cero.

A partir del fuerte impacto mediático que tuvo la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en marzo de 2020, se volvió imperante la incorporación de la expresión *infodemia*

5:: El artículo “Podcasts feministas para comunicar la salud. Narrativas divergentes hacia la justicia erótica”, de Ximena Cabral y Florencia Bejarano (2021), integrantes del Laboratorio Cúbica, permite explorar herramientas de comunicación que dan cuenta de esas otras miradas, voces y experiencias de corporalidades invisibilizadas.

como un modo de advertir a la población acerca del fenómeno de amplificación de noticias falsas, rumores y manipulación de la información en torno a la nueva enfermedad. El problema con la proliferación de este tipo de información falsa o engañosa es que puede provocar una resistencia pública generalizada a adoptar las medidas de prevención impulsadas por las autoridades de salud y, así, retrasar la ejecución de las recomendaciones esenciales.

En ese marco, nos propusimos en el Laboratorio Cúbica⁶ articular desde una ecología de saberes que nos permitiera escapar de la sobreabundancia de datos y la omnipresencia de voces expertas en el campo de la epidemiología, la virología o el desarrollo de la inmunidad. Elegimos, a través de diferentes producciones sonoras, visibilizar y adentrarnos en el derecho a la palabra, dando un mayor protagonismo a las voces de las mujeres vacunadoras, el personal de salud —que desarrolla tareas fundamentales en diversos campos disciplinares y territorios— y a aquellas mujeres que se articulan en redes de cuidado. Estas son cuestiones que iremos desmontando en los párrafos siguientes.

Escuchas, registros y etiquetados “de riesgo”

La situación de entrevista, los espacios de consulta y registro dentro del espacio de la comunicación primera y personal ya implica un sesgo. Es decir, los modelos de historias clínicas construidos en base a cuestionarios que habilitan preguntas cerradas del tipo “sí” y “no” sostienen y reproducen lo que David Le Breton denomina “la concepción del hombre in abstracto” (Le Breton, 2002, p. 180), un modelo de cuerpo que no incluye la dimensión de la persona y que se concentra en las características de la enfermedad. En esta línea, las preguntas acerca del “estilo de vida” constituyen una estrategia del modelo biomédico para aparentar la consideración multicausal de las patologías, pero lo que genera es una mirada reduccionista a la conducta personal e individual. Se etiqueta e inmoviliza al sujeto a determinados grupos y prácticas sociales, se lo construye como responsable de sus propias decisiones, de su modo de vida, de su nivel educativo y de la capacidad de comunicarse.

La pandemia de COVID-19, en Argentina, habilitó la generación de enunciados del tipo “persona de riesgo” para referirse a personas con enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedades cardiopulmonares, obesidad,

enfermedades respiratorias, enfermedades o tratamientos que afectan el sistema inmune, entre otras. Cabe destacar el carácter exclusivamente determinante, en relación con una cualidad, que tiene el uso de la preposición “de” en frases que vinculan enfermedades y la palabra riesgo. El problema de esos enunciados radica en el peligro que implica la colocación de etiquetas y el poco trabajo sobre herramientas de detección de ese tipo de afecciones en la sociedad en general en el contexto de aislamiento. Esta es la manera en que el modelo biomédico se cuele en la vida cotidiana de una sociedad.

Finalmente, el modelo biomédico niega e ignora deliberadamente la presencia de otros modelos de atención de los procesos de salud, enfermedad y atención. Tal como plantea Eduardo Menéndez (2009), estamos inmersos en lo que se conoce como “pluralismo médico”, término que refiere al uso potencial de varios saberes y formas de atención no solo para diferentes problemas, sino para el mismo problema de salud. Independientemente de las diferencias que existan o puedan existir entre esos tipos de atención, la búsqueda de una solución pragmática a los problemas secundarizan o anulan las incompatibilidades y diferencias ya que son los procesos sociales, económicos y culturales los que posibilitan el desarrollo de las diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes sujetos y grupos sociales. Las diferencias existentes entre los diversos modelos, saberes y prácticas para asumir los procesos de salud, enfermedad y cura, suelen ser puestas en evidencia, analizadas y rechazadas más que integradas. Pero, según el antropólogo, esto sucede solo en el plano de los curadores de los diferentes saberes. Por el contrario, los sujetos y conjuntos sociales no suelen diferenciar estos modelos, saberes y formas en sus prácticas cotidianas, sino que los integran. El abordaje de otras formas de escucha, de apertura hacia las preguntas y modos de atención que respeten la diversidad de corporalidades, territorios y culturas garantiza, entonces, un avance para poder correrse de miradas obsoletas y deterministas centradas en las lecturas biologicistas para

6:: Cúbica es un laboratorio de reflexión y creación de contenidos que comenzó en 2019 como “Innovación en Contenidos, Conocimientos y Comunicación para la salud” (RES DEC FCC 759/2019) y tiene continuidad en “Producción de contenidos en salud, ciencia y ambiente desde una perspectiva intercultural y situada” (RES DEC FCC 310/2021), ambos del Centro de Investigación en Periodismo y Comunicación de la Facultad de Ciencias de la Comunicación

abonar un proceso de formación de los comunicadores con nuevas herramientas, abordajes, relecturas para los desafíos que la pandemia nos ha propuesto.

La posibilidad de pensar estrategias de comunicación situadas, respetuosas de otros modos de comprender los procesos de salud y enfermedad significa, también, extender las funciones de los comunicadores a un trabajo interdisciplinario con todos los profesionales de la salud en pos de recuperar la capacidad de escucha y de diálogo. Retomar la dimensión simbólica que todo proceso de salud y enfermedad tiene, permite desnaturalizar la linealidad de la mirada biomédica hegemónica, habilita devolverles a los cuerpos toda la dimensión histórica, cultural y social. Por esto, indagar sobre otros modos de narrar y producir contenidos sobre estas temáticas, permite desbaratar los discursos hegemónicos que solo reproducen soledades y aislamientos: la de los consultantes y la de cada profesional de la salud.

Como parte de Cúbica, a lo largo de los tres años de pandemia⁷ nos propusimos acompañar, documentar, analizar y revisar el proceso a través de la realización de tres producciones sonoras con diferentes características y duración, que pudieran circular por diferentes plataformas y redes sociales. Estas producciones fueron un informe sonoro y dos series de cápsulas de podcast cuya preproducción fue realizada por encuentros en pantallas y testimonios articulados por redes previas y contactos de WhatsApp para poder recabar los testimonios en tiempos de ASPO. Estas redes de voces que se tejieron permitieron expandir fronteras físicas y dar cuenta de la heterogeneidad de experiencias y vivencias en voces que ponían otros relatos fuera de los instructivos y avisos de resguardo del unicuerpo biológico.

Durante el primer año, desde que se decretó el ASPO, lanzamos la serie *Pandemia adentro. Vivencias y experiencias de los trabajadores de la salud*, en la que buscamos visibilizar cómo los mismos agentes de salud fueron vivenciando este “cuidar la salud”, a partir de las voces de mujeres médicas, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y comunicadoras. En ese sentido, pudimos abordar una estrategia de comunicación que permitió correr de las concepciones restringidas de la salud asistencial para pensar, en cambio, desde la salud colectiva, comunitaria e interdisciplinaria a partir del testimonio en primera persona de aquellas áreas del saber y conocimiento vinculadas y centrales para la comunicación de la salud pero que que-

dan marginalizadas al momento de producir contenidos.

Durante 2021, y a través de la segunda temporada titulada *Pandemia adentro. Vivencias de la vacunación*,⁸ elegimos visibilizar y adentrarnos en la noción de derecho a la palabra, a partir de los relatos de las mujeres vacunadoras y del personal de salud que desarrolló tareas fundamentales durante una campaña de vacunación histórica a lo largo de los diferentes dispensarios y nosocomios públicos en las diferentes regiones y parajes de toda la provincia de Córdoba. Aquí no solo nos concentramos en la necesidad de visibilizar a aquellas mujeres trabajadoras que sostuvieron los centros de vacunación, sino desde la posibilidad de conocer la heterogeneidad de experiencias, de esperanzas y temores desde la dimensión afectiva y emocional de la tarea de quienes asumen profesionalmente esos roles de cuidado.

Finalmente, y como cierre del proceso, articulamos archivos de informativos y titulares de coberturas periodísticas con testimonios, diálogos familiares y de grupos –a partir de mensajes de WhatsApp– en el podcast *Achar la curva: vacunas, redes de cuidado e infodemia*,⁹ donde abordamos la vacunación como un proceso social y nos enfocamos en las redes de cuidado familiares y comunitarias. En esta oportunidad, prestamos especial atención a la construcción de discursos sobre los cuidados y los riesgos, atravesados por la desinformación y otras tergiversaciones sobre vacunas, modelos y geopolítica que se llegó a conocer como “infodemia”. Los testimonios muestran un amplio abanico de situaciones, desde los miedos y preocupaciones que generaba la desinformación, hasta la posibilidad de reflexionar sobre la veracidad de la información como una estrategia de autocuidado. Además, aparece la figura de las familias y grupos de afecto como principal espacio de apoyo (especialmente para los adultos mayores) y como eslabón central de las redes colectivas de cuidados que funcionan como complemento a la salud pública.

7:: Consideramos como período pandémico al tiempo y acontecimientos ocurridos entre finales de 2019, cuando aparecen las primeras comunicaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre un nuevo problema de salud desconocido, hasta marzo de 2023. En ese mes, la OMS declaró el final de la emergencia sanitaria global.

8:: Todos los episodios de la serie de podcasts *Pandemia adentro* se pueden encontrar en Spotify. A modo de ejemplo puede escucharse Cúbica Podcast (2021).

9:: El podcast *Achar la curva: vacunas, redes de cuidado e infodemia* se puede encontrar en Spotify (Cúbica Podcast, 2022).

Pensar con y desde los cuerpos

“¿Me siento cuidado? Ya tengo la Sputnik V y es sentirme contenido por la responsabilidad individual, por la responsabilidad social y por el respeto humano de la sociedad”

Miguel Ángel Molina, artista wichi, en Achar la curva (Cúbica Podcast, 2022)

Como mencionamos anteriormente, el tiempo de pandemia generó tensiones en los modos de vivir, de trabajar, de educarnos y educar, de interactuar con nuestros seres queridos y, también, en los modos de comprender los procesos de salud, enfermedad y atención. Como propone el sociólogo Doug McAdam (citado en Svampa, 2020), las diferentes situaciones que se perciben como injustas e indeseables y generan momentos críticos en una comunidad, pueden habilitar un proceso de “liberación cognitiva”. En otras palabras, frente a discursos de inacción y temor, se abren las posibilidades de acciones transformadoras. En este sentido, consideramos que los tiempos de encierro y de lo que, luego, se denominó la “vuelta a la normalidad” puso de relieve otros modos de comprender lo que acontece, lo que enferma y lo que cuida. En esta línea, las perspectivas feministas proponen un paradigma del cuidado que se sostiene en el tendido de lazos comunitarios no solo como modo de relación sino, también, de sobrevivencia en el que la clave pasa por el reconocimiento y el respeto del otro en toda su diversidad.

Desde el paradigma del cuidado, se ponderan las actividades cotidianas que sostienen la vida y que han sido despreciadas por el sistema patriarcal capitalista. Esta reivindicación tensiona los modos de comprender los procesos de salud y enfermedad, como también el rol de los profesionales de la salud y las maneras de entender el cuerpo o los cuerpos y los sentidos compartidos con el mundo de lo viviente. En esta línea, resulta interesante el aporte de Suely Rolnik (citada en Bardet, 2018) que invita a repensar los saberes del cuerpo como la “brújula ética” que oriente las transformaciones sociales. En otras palabras, según la psicoanalista, los actos de resistencia en los momentos críticos consisten en conectar con nuestra “condición de vivientes”. Pensar en términos de los saberes del cuerpo, o saberes ecoetológicos como dice Rolnik (citada en Bardet, 2018), habilita que, cuando la subjetividad se encuentra en situaciones de crisis, donde el mundo que

se percibe a través de los sentidos ya no coincide con lo conocido y experimentado, persista la pulsión de la vida que siempre tiene la potencia de encontrar un nuevo modo de existir y recuperar los equilibrios.

El saber del cuerpo, o saber con el cuerpo, permite recuperar la dimensión afectiva de nuestro vínculo con la naturaleza, no solo pensando el afecto ligado a las emociones, sino a la potencialidad de nuestros cuerpos de ser afectados, tocados, atravesados por los “efectos de la biósfera sobre nuestros cuerpos” (Rolnik, citada en Bardet, 2018). Aquí, y en sintonía con Svampa (2020), esta visión del mundo puede colaborar para redefinir los vínculos entre lo humano y lo no humano para “cuestionar la noción de autonomía que ha generado nuestra concepción moderna del mundo y de la ciencia” (p. 29).

En esa línea de pensamiento, nos parece importante retomar las reflexiones de Donna Haraway (2022) en tanto invitación a asumir que “naturalezas, culturas, sujetos y objetos no preexisten a sus configuraciones entrelazadas del mundo” (p. 36). Por esto, esta filósofa propone pensar en términos de *simpoiesis*: los organismos, humanos y no humanos, no funcionan de manera independiente y en contextos más o menos definidos para cada uno sino a través de la lógica de comunidad donde los límites son porosos. En este sentido, es que se vuelven importantes y necesarias las prácticas, los pensamientos y los sentires que permitan ver y recuperar la dimensión multiespecie de nuestras existencias. Esto es, la reflexión sobre lo que se construye con/entre otros y que vuelve significativa la vida de ese otro en tanto es un afecto de nuestra vida. Afecto entendido como el poder de afectar, de marcar y dejar huellas de la marca en esa vida otra (Vinciguerra, 2020). La unidad de análisis, entonces, deja de ser el individuo y lo humano excluyente, para pasar a la centralidad de la relación de “una historia co-habitada y activa” (Haraway, 2017, p. 19).

En ese sentido, y retomando nuestras primeras preguntas disparadoras, o preguntas guía, poder incorporar la noción de una sola salud, a escala planetaria pero desde la diversidad de especies, esferas, ecosistemas, territorialidades y corporalidades que se entrelazan, constituyen y sostienen entre sí, se vuelve potente y urgente. Este saber-poder desde los cuerpos situados en los procesos de formación, en la capacitación constante de los profesionales y en la producción de actividades y materiales que contribuyan a romper las barreras de los conocimientos biomédicos, la falsa percepción “de autonomía” y de su-

premacía de unos saberes sobre otros, de la mirada ascética de la ciencia, implica ahondar en otras variables y miradas que vuelven al campo de la comunicación en salud en un territorio vivo y en disputa.

El cuerpo territorio desde la ética del cuidado

Comprender los procesos de salud y enfermedad a través del análisis de los modos de vida de las comunidades, la dominación de la naturaleza y la destrucción del territorio por parte del modelo capitalista- extractivista son algunas de las claves que aporta el campo de la salud socioambiental (Fernández & Verzeñassi, 2023). Desde esta perspectiva, que no es solo teórica sino que está fuertemente ligada a un hacer en territorio, se pone el foco en las múltiples miradas, explicaciones y soluciones posibles que pueden aportar las comunidades para recuperar lo que el capitalismo y el pensamiento científico tradicional se han esmerado en diferenciar: la sociedad y la naturaleza. También, desde esta mirada, los movimientos ecofeministas de Latinoamérica recuperan la imagen del cuerpo como territorio, reconociéndolo como el primer territorio de vida donde se manifiestan las dinámicas históricas, sociales y culturales. En otras palabras, desde estos enfoques, “nuestros cuerpos-territorios son la expresión viva de una multiplicidad de metabolismos sociedad-naturaleza” (Fernández & Verzeñassi, 2023, p. 2). Este modo de comprender, nos permite pensar que la estrecha relación entre cuidado, salud y ambiente ya no puede ignorarse en la dimensión social y sanitarista de la medicina, como tampoco puede deslindarse de los procesos de formación¹⁰ de los comunicadores en salud ni de quienes desarrollan sus prácticas o profesión en este campo.¹¹

En este punto, nos parece interesante abordar algunas propuestas de la ética del cuidado desde el paradigma de la salud colectiva donde se propone que no se puede cuidar aquello que no se ve, que no se percibe en su integralidad y, sobre todo, no se cuida aquello que desde el modernismo y la colonialidad se ha configurado con “un estatuto tácito y naturalizado de no existencia” (Hersch-Martínez & Salamanca-González, 2022, p. 6). Si pensamos que el modelo biomédico hegemónico es resultado de una razón modernista, positivista, colonial y patriarcal, está dentro de sus esperables la configuración de un imaginario social en el que el individuo se cuida, se salva solo y en un aislamiento que lo coloca como centro respecto de otras especies. En

otras palabras, esa figura de ciudadano individual está configurada desde un sesgo de clase, género, etnia y especie. El peligro de este tipo de enfoque radica en la falsa creencia de que la responsabilidad social equivale a la suma de las responsabilidades y acciones individuales, estrategia que sirve para ignorar y ocultar desigualdades estructurales.

Por lo tanto, si la salud se piensa aislada, individual, biológica y humana, las estrategias de cuidado solo se concentran en el plano de la asistencia necesaria para enfrentar un tipo de patología que no solo se clasifica por su especificidad sino también por el nivel de complejidad. A esto se le suma una constante construcción de las lógicas de atención y cuidado asociadas a la mercantilización y la medicalización. La pandemia por COVID-19 no hizo más que desmontar esta ficción individualista y meritocrática de la sociedad; demostró que las acciones y responsabilidades son colectivas e implican un replanteamiento de los vínculos con lo ambiental.

Ahora bien, esta perspectiva no solo conlleva la construcción de una subalternidad de los conjuntos sociales, sino también de sus conocimientos. En este sentido, el cuidado desde un enfoque biomédico ha implicado la total ignorancia de la autoatención y de las formas de atención domésticas que se configuran desde una multiplicidad de saberes configurados como inferiores, por lo tanto, ignorados. La salud y los cuidados parecieran estar limitados al acceso a la atención médica, a la aplicación de medicamentos producidos por la industria farmacológica, al uso de técnicas y herramientas específicas que solo manejan algunos grupos legos. Desde esta cerrazón, se elude la responsabilidad moral y ética que siempre han constituido las estrategias de cuidado.

10:: El programa de Extensión y las cátedras del Seminario de Grado de Periodismo Científico y del Seminario de Posgrado de Comunicación y Salud de la FCC-UNC propusieron, en junio 2022, la Jornada “Cuidar la casa. La comunicación de la ciencia, la salud y el ambiente desde el Sur global”, que contó con una radio abierta para escuchar testimonios de experiencias en primera persona, además de muestras de trabajos y tesis vinculada a la salud y el ambiente.

11:: En septiembre de 2022 programamos una actividad para la comunidad en general que resultó de la articulación con el grupo Les Yuyeres. Su propuesta de teatro foro *Tengan el patio regao* promueve la divulgación de la medicina tradicional con plantas y propone una mirada crítica del modelo productivo que implica el agronegocio y la producción con agrotóxicos. La obra interpela las estrategias de comunicación que asumen los medios de comunicación masivos y otras modalidades de comunicación en las ciencias respecto de la crisis ambiental.

Proponer una mirada de y hacia la salud que incluya una ética del cuidado significa recuperar algo que parece evidente pero que, por lo descrito anteriormente, se encuentra constantemente soslayado: la interdependencia. No se puede pensar la existencia si no es mediante los lazos que constituyen y sostienen la vida humana y no humana; esto no es un hecho por sí mismo, es un proceso que implica vínculos, socialización y responsabilidad para “mantener, continuar o reparar nuestro mundo compartido, de forma que la vida sea posible en él” (Hersch-Martínez & Salamanca-González, 2022, p. 4).

Si hablamos de interdependencia entre comunidades y su territorio es necesario recuperar la noción de integralidad para pensar los modos de cuidado. Previamente, es importante retomar la idea según la cual lo humano se constituye por su capacidad de crear símbolos y, en ese sentido, las enfermedades, lo que cura, pero también cada paso de cuidado y atención siempre se representan, por lo tanto, son parte de las simbolizaciones y metáforas que dan cuenta de un momento histórico y cultural determinado. Desde la ética del cuidado se propone el desafío de recuperar esa dimensión de los significados propios que cada comunidad pone en juego al momento de definir, atender y cuidar situaciones que definen como un dolor o padecimiento. Cuidar y sanar de manera integral no conlleva aplicar un único conocimiento sobre un plano de la realidad que se construye como ajeno y, consecuentemente, objetivo. Por el contrario, es la capacidad de recuperar lo diverso, lo dialógico que constituye y sostiene cada cultura en sus cosmovisiones. La integralidad en el cuidado demanda un compromiso ético por el respeto y la reciprocidad de los vínculos no solo entre humanos, sino también en los modos de relacionarnos con la naturaleza.

Nos resulta interesante el desafío propuesto por el paradigma de la salud colectiva latinoamericana que viene, en los últimos años, reflexionando en torno a incorporar el término cuidado a su modo de comprender la salud, la enfermedad y la atención como procesos (Michalewicz et al., 2014). Consideramos que estos vientos de cambios tienen que ser parte de la formación en comunicación y salud para poder recuperar la dimensión afectiva y vincular de las prácticas, incluso como un compromiso político de ponderar el conjunto de estrategias preventivas y curativas que todas las comunidades desarrollan por fuera de los sistemas formales de atención. Este interés

por recuperar voces y prácticas no implica desatender la responsabilidad que tiene el Estado como proveedor y garante del derecho al cuidado como estrategia básica de la producción y sostenimiento de las vidas. Y, esto último, no conlleva desatender que todo acto de cuidado está enlazado y sostenido por la ternura. En este punto es importante recuperar la propuesta del psicoanalista Fernando Ulloa (citado en Michalewicz et al., 2014) que incorpora la empatía y el miramiento como elementos claves de un acto de cuidado desde la ternura. En otras palabras, sin la posibilidad de reconocer las necesidades de los otros, si no se puede reconocer a ese otro como ajeno y distinto, pero desde un interés amoroso, no hay posible vínculo de cuidado que aloje eso otro y diferente.

Por lo expuesto hasta el momento, podemos afirmar que observar, identificar, pensar y actuar desde una ética del cuidado implica, entonces, una estrategia de acción colectiva, decolonial y antineoliberal que recupere la dimensión del entramado que sostiene la vida, humana y no humana, valorando todas las formas reales e imaginarias de habitar y vivir el mundo. Y este debe ser no solo un punto al cual llegar, sino el punto de partida para pensar, producir y difundir contenidos sobre la salud.

A modo de conclusión

*“Un nacimiento no es más ni es menos que una floración, un astrónomo escrutando las estrellas no es más ni menos que un pez desovando. El cazador no es más ni es menos que la presa que necesita para vivir; un hombre no es más ni es menos que el maíz que lo alimenta. (...) Todo está hilado con todo en una trama infinita que no podrían reproducir ni mis más amadas tejedoras del sur. Pobres de nosotros si olvidamos que somos un telar”
Liliana Bodoc –Los días del venado*

En el devenir de este artículo nos propusimos revisar las lógicas que nos impone el modelo biomédico no solo en las maneras de comprender los procesos de salud, enfermedad y atención, sino principalmente en los límites que dificultan la comprensión de las corporalidades en su diversidad y en el vínculo con el entorno social, cultural, ambiental. Lejos de caer en la quietud ante

ese panorama, el desafío que nos mueve es el de poder proponer otros abordajes y miradas posibles en el marco de reflexiones situadas y repensadas en el vínculo con la naturaleza y a partir de una actitud de escucha atenta, no solo en el ámbito de los consultorios de los profesionales, sino y fundamentalmente en el marco de la formación y la creación de contenidos en el campo de la comunicación en salud.

Desde la convicción de que es necesario interpe- lar nuestras formas de entender nuestros cuerpos, los procesos de enfermedad que atravesamos, los vínculos que entablamos con nuestro entorno social y ambiental para redefinir lo que entendemos por salud, la profesionalización de la comunicación en estos tiempos de pospandemia debe asumir el camino de preguntar sobre los vínculos con los seres que existen más allá de lo humano. Mediante producciones sonoras y audiovisuales, a través de seminarios de formación, jornadas interdisciplinarias o propuestas artísticas, la comunicación en salud y ciencia tiene que empezar a cuestionar nuestras históricas formas de pensar lo humano.

En ese sentido, encontramos que es desde las perspectivas feministas y situadas que se recupera el valor del trabajo en red y de manera colectiva para dar respuesta a los desafíos que se nos imponen desde contextos de pandemias. No podemos abordar estas conclusiones sin reconocer la seguidilla de enfermedades pandémicas y de origen zoonótico que han tenido lugar, especialmente, desde el siglo XX. Solo a modo de ejemplo, podemos mencionar la denominada gripe española (1918-1919), la gripe asiática (1957- 1958), la gripe de Hong-Kong de 1968, la influenza AH1N1 (2009-2010). Todas están marcadas por el alto impacto en las vidas humanas, las crisis en los servicios de salud, la rápida propagación y la agudización de la pobreza, el desempleo y la marginalidad en las sociedades afectadas. En otras palabras, estos eventos no pueden pensarse de manera aislada y desde un punto de vista puramente biológico, epidemiológico o de responsabilidades individuales.

La recuperación de la dimensión del sentir como parte de los procesos cognitivos y esta posibilidad de pensar en términos de afectos, también es resultado de perspectivas feministas que vienen pujando por desterritorializar y despatriarcalizar la producción de conocimientos, en general, y en el ámbito de la salud y la diversidad cor-

poral, en particular. Por este motivo, consideramos que todos los esfuerzos deben concentrarse en generar más experiencias, biografías, redes y relatos que tomen como protagonistas las voces de las poblaciones feminizadas y las diversidades como punto de partida en la producción de contenidos y como estrategia de circulación que permita extender esos lazos.

Finalmente, no podemos dejar de sostener que los nuevos desafíos en la comunicación en salud tienen que ver con un presente de crisis ambiental global y regional. La pandemia fue solo una muestra de la dimensión destructiva que tiene la lógica capitalista- extractivista sobre la que se sostienen nuestras sociedades. Pero, nuevamente, esto puede significar el comienzo imperioso de otros modos de entender, narrar y mostrar el vínculo con la naturaleza y lo no humano. Tal vez el rumbo que debemos asumir es el de producir contenidos que se orienten al *sumak kawsay*, un buen vivir que signifique otro modo de prestar atención a las cualidades, las características, los modos que la vida misma tiene. En otras palabras, como propone Eduardo Kohn (2021) “se trata de una orientación ética que viene del mundo viviente”. La mirada sobre la biosfera no solo nos puede conducir a mejorar nuestros entornos y calidad de vida, sino que, ante todo, implica establecer y sostener contactos con los otros en sus modos de estar conectados a un mundo de vida más amplio.

Dejarnos afectar es asumir la trama que nos une.

Reconocerla, dimensionarla.

Y cuidarla.

Más aún en estos contextos de depredación y extractivismo neocolonial que van poniendo diferentes especies en jaque en este, el mundo de la vida.

Referencias

- Agamben, G. (2007). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Éditions Payot Et Rivages.
- Bardet, M. (2018, 8 de mayo). ¿Cómo hacernos un cuerpo? Entrevista con Suely Rolnik. *Lobo suelto!* <https://lobosuelto.com/como-hacernos-un-cuerpo-entrevista-con-suely-rolnik-marie-bardet/>
- Cabral, X., Et Bejarano Biglia, F. (2021). Podcasts feministas para comunicar la salud. Narrativas divergentes hacia la justicia erótica. *EXT*, (13). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ext/article/view/36104>

- Cabral, X., & Mendizábal, V. (2021). Comunicar la salud desde una perspectiva feminista e intercultural. Algunas aproximaciones a las prácticas ya la creación de contenidos en contextos situados. *RevCom*, (12), e052. <https://doi.org/10.24215/24517836e052>
- Cragolini, M. (2020). Ontología de guerra frente a las zoonosis. En M. Svampa, M. Cragolini, S. Ribeiro, M. Aizen, M. P. López, E. Rodríguez Alzueta, R. Spregelburd, A. Petruccelli, F. Mare, L. Pasquinelli, B. Bilbao, C. Borro, F. Menéndez, A. Kaufman, L. Méndez, & G. Agamben, *La Fiebre* (pp. 39-48). ASPO. <https://idihcs.fahce.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/la-fiebre-aspo.pdf>
- Cúbica Podcast. (2021, junio). Nicolás, Córdoba [Episodio de podcast de audio]. *Pandemia Adentro. Vivencias y experiencias de la vacunación*. Spotify. <https://open.spotify.com/episode/26Vs-GJuS22isKguf56iK88?si=cc6a87b9e06f4b4c>
- Cúbica Podcast. (2022, enero). *Achar la curva: vacunas, redes de cuidado e infodemia* [Podcast de audio]. Spotify. <https://open.spotify.com/episode/6nyfnPGFIHj6xDPppPCKk6?si=1b06eb9d-10f7451d>
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En E. Balibar, G. Deleuze, H. L. Dreyfus, M. Frank, A. Glücksmann, B. Gots, *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Gedisa.
- Drazile, N. (2021). *El cuerpo como objeto del discurso médico. Análisis del discurso médico en la Cátedra Semiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba* [Trabajo de grado]. Universidad Nacional de Córdoba.
- Espoz Dalmaso, M. B. (Coord.). (2021). *I Memorias del CIPeCo. Socialización de resultados en tiempos de pandemia*. Universidad Nacional de Córdoba. <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/18663/Memorias%20CIPeCo%20%285%29%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, F., & Verzeñassi, D. (2023, 15 de mayo). Salud socioambiental: una mirada desde los cuerpos- territorios. *InSSA*. <https://saludsocioambiental.org.ar/ssa/salud-socioambiental-una-mirada-desde-los-cuerpos-territorios/>
- Foucault, M. (2014). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. (Trabajo publicado originalmente en 1963)
- Haraway, D. (2017). *Manifiesto de las especies de compañía: Perros, gentes y otredad significativa*. Bocavulvaria Ediciones.
- Haraway, D. (2022). *Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chtuluceno*. Consonni.
- Hersch-Martínez, P., & Salamanca-González, M. G. (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1), e345191. <https://doi.org/10.17533.udea.rfnsp.e345191>
- Kohn, E. (2021). *Cómo piensan los bosques*. Hekht.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*. <https://fundadeps.org/recursos/Informe-Lalonde/>
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario Investigación*, 21, 217-224. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Svampa, M. (2020). Reflexiones para un mundo post- coronavirus. En M. Svampa, M. Cragolini, S. Ribeiro, M. Aizen, M. P. López, E. Rodríguez Alzueta, R. Spregelburd, A. Petruccelli, F. Mare, L. Pasquinelli, B. Bilbao, C. Borro, F. Menéndez, A. Kaufman, L. Méndez, & G. Agamben, *La Fiebre* (pp. 17-38). ASPO. <https://idihcs.fahce.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/la-fiebre-aspo.pdf>
- Vinciguerra, L. (2020). *La semiótica de Spinoza*. Cactus.
- Contribución de los autores (Taxonomía CRediT):** 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición. X. I. C. ha contribuido en 1, 8, 14; N. S. D. en 1, 12, 13, 14; V. E. M. en 1, 6, 10, 11, 14.
- Editor responsable: L. D.