

Enfermería comunitaria y equidad en salud: hacia un dispositivo contrahegemónico en la prevención de enfermedades infecciosas en el conurbano bonaerense

Community nursing and health equity: towards a counter-hegemonic device in the prevention of infectious diseases in the Buenos Aires conurbano

Fecha de recepción: 17 de enero de 2026

Fecha de aceptación: 15 de abril de 2026

*Raúl Alberto Porta*¹

Resumen: El presente artículo examina el papel de la enfermería comunitaria en el conurbano bonaerense, entendiéndola no solo como una práctica asistencial, sino como una intervención situada en el campo social y político, con potencial para cuestionar y transformar las desigualdades estructurales en salud. Desde una perspectiva interdisciplinaria, se articulan distintos marcos teóricos que permiten complejizar el análisis del problema. En este sentido, se retoman los aportes de Thomas Piketty en relación con los regímenes de desigualdad, los cuales evidencian cómo las brechas socioeconómicas no son meros ajustes coyunturales, sino construcciones históricas sostenidas por arreglos institucionales. A su vez, la perspectiva de Amartya Sen resulta central para comprender la salud no solo como un resultado biológico, sino como parte del desarrollo de capacidades y libertades sustantivas, condicionadas por las oportunidades reales de las personas.

Asimismo, se incorporan los desarrollos de Miguel Gutiérrez en torno al territorio y las instituciones, que permiten situar las prácticas de salud en contextos específicos, atravesados por relaciones de poder, desigualdades y dinámicas locales. En esta línea, el territorio deja de ser un mero espacio geográfico para convertirse en un entramado social donde se disputan sentidos, recursos y posibilidades de acceso. Por su parte, los aportes de François Dubet aportan una dimensión subjetiva al análisis, al poner en evidencia cómo las experiencias de injusticia social generan lo que denomina “pasiones tristes”, afectando la manera en que los sujetos perciben sus propias condiciones de vida y sus posibilidades de acción.

El trabajo, de carácter documental, sostiene que las inequidades en la prevención de enfermedades infecciosas no pueden explicarse únicamente por limitaciones técnicas, operativas o de infraestructura del sistema de salud. Por el contrario, estas desigualdades responden a un entramado más amplio, de orden ideológico e institucional, que tiende a naturalizar la exclusión sanitaria y a responsabilizar a los individuos por condiciones que, en realidad, son estructurales. En este contexto, las políticas de salud muchas veces reproducen lógicas fragmentadas que dificultan la construcción de respuestas integrales y sostenidas en el tiempo, afectando especialmente a los sectores más vulnerables.

¹ Especialista en Docencia Universitaria (Instituto Universitario de la Policía Federal Argentina). Tramo Formación Pedagógica. Universidad FASTA (Fraternidad de Agrupaciones Santo Tomás de Aquino). Argentina. Especialización en Enfermería Comunitaria (APS). Residencia de Enfermería General Integral y Comunitaria. Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero”. Licenciado en Enfermería. (Universidad de Buenos Aires). Investigador independiente. Identificador ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5300-2995>. Correo electrónico: albertoporta69@gmail.com.

En este escenario, la enfermería comunitaria adquiere un lugar estratégico. Su inserción en el territorio y su proximidad con la vida cotidiana de la población le otorgan una capacidad singular para intervenir más allá de lo estrictamente biomédico. Desde esta posición, puede disputar narrativas que individualizan la enfermedad, promoviendo en cambio lecturas colectivas que reconozcan los determinantes sociales de la salud. Al mismo tiempo, su práctica favorece el fortalecimiento de capacidades comunitarias, promoviendo la participación, la organización y el acceso a recursos que amplían las posibilidades de cuidado.

En este mismo sentido, la ciudadanía sanitaria también supone la posibilidad concreta de demandar derechos frente a las instituciones, fortaleciendo la capacidad de los sujetos para interpelar, acceder y transformar las respuestas del sistema de salud. De este modo, la enfermería comunitaria contribuye a la construcción de lo que puede denominarse ciudadanía sanitaria, entendida como el ejercicio efectivo del derecho a la salud en condiciones de equidad. Esta perspectiva implica no solo garantizar prestaciones, sino también generar condiciones para que los sujetos puedan apropiarse de saberes, demandar derechos y participar en la toma de decisiones que afectan su bienestar, consolidando procesos de inclusión social y reconocimiento de derechos en el ámbito local.

En este punto, la enfermería comunitaria puede desempeñar un rol clave como mediadora entre la población y el sistema de salud, facilitando el acceso, orientando en los circuitos institucionales y visibilizando situaciones de vulneración de derechos que, de otro modo, permanecerían invisibilizadas. Por otra parte, la participación en la toma de decisiones constituye un componente central de esta noción. La intervención comunitaria no solo busca resolver problemas inmediatos, sino también promover instancias de organización y participación social, tales como mesas de gestión local, espacios comunitarios o redes intersectoriales.

En conclusión, en contextos atravesados por altos niveles de vulnerabilidad social, como los que caracterizan al conurbano bonaerense, el cuidado territorializado desplegado por la enfermería comunitaria se configura como una herramienta clave. Lejos de limitarse a una función asistencial, se constituye en una estrategia política que permite visibilizar, problematizar y desnaturalizar las desigualdades en salud, contribuyendo así a la construcción de horizontes más justos y equitativos, con impacto tanto en el presente como en las generaciones futuras. Asimismo, fortalece vínculos comunitarios y promueve prácticas de cuidado más inclusivas y sostenibles en el tiempo.

Palabras clave: enfermería comunitaria, equidad en salud, conurbano bonaerense

Abstract: *This article examines the role of community nursing in the Greater Buenos Aires metropolitan area, understanding it not only as a healthcare practice but also as an intervention situated within the social and political sphere, with the potential to challenge and transform structural health inequalities. From an interdisciplinary perspective, different theoretical frameworks are articulated to enrich the analysis of the problem. In this sense, the contributions of Thomas Piketty regarding regimes of inequality are revisited, demonstrating how socioeconomic gaps are not merely circumstantial imbalances but rather historical constructs sustained by institutional arrangements. Furthermore, Amartya Sen's perspective is central to understanding health not only as a biological outcome but also as part of the development of substantive capabilities and freedoms, conditioned by people's real opportunities.*

Furthermore, the work of Miguel Gutiérrez on territory and institutions is incorporated, allowing health practices to be situated within specific contexts shaped by power relations, inequalities, and local dynamics. In this vein, territory ceases to be a mere geographical space

and becomes a social network where meanings, resources, and access are contested. For his part, François Dubet's contributions add a subjective dimension to the analysis, highlighting how experiences of social injustice generate what he calls "sad passions," affecting how individuals perceive their own living conditions and their possibilities for action.

This documentary work argues that inequities in infectious disease prevention cannot be explained solely by technical, operational, or infrastructural limitations of the health system. On the contrary, these inequalities stem from a broader ideological and institutional framework that tends to naturalize health exclusion and blame individuals for conditions that are, in reality, structural. In this context, health policies often reproduce fragmented approaches that hinder the development of comprehensive and sustained responses, disproportionately affecting the most vulnerable sectors.

In this scenario, community nursing acquires a strategic role. Its integration into the community and its proximity to the daily lives of the population grant it a unique capacity to intervene beyond the strictly biomedical. From this position, it can challenge narratives that individualize illness, promoting instead collective interpretations that recognize the social determinants of health. At the same time, its practice fosters the strengthening of community capacities, promoting participation, organization, and access to resources that expand care options.

In this same vein, health citizenship also implies the concrete possibility of demanding rights from institutions, strengthening the capacity of individuals to challenge, access, and transform the responses of the health system. In this way, community nursing contributes to the construction of what can be called health citizenship, understood as the effective exercise of the right to health under conditions of equity. This perspective implies not only guaranteeing services, but also creating conditions so that individuals can acquire knowledge, demand their rights, and participate in decision-making processes that affect their well-being, consolidating processes of social inclusion and the recognition of rights at the local level.

At this point, community nursing can play a key role as a mediator between the population and the health system, facilitating access, providing guidance within institutional channels, and making visible situations of rights violations that would otherwise remain invisible. Furthermore, participation in decision-making is a central component of this concept. Community intervention not only seeks to resolve immediate problems, but also to promote instances of social organization and participation, such as local management committees, community spaces, and intersectoral networks.

In conclusion, in contexts marked by high levels of social vulnerability, such as those that characterize the Greater Buenos Aires metropolitan area, the community-based care provided by community nursing is a key tool. Far from being limited to a purely assistance-based function, it constitutes a political strategy that makes visible, problematizes, and challenges the naturalization of health inequalities, thus contributing to the construction of fairer and more equitable futures, with an impact on both the present and future generations. It also strengthens ties community-based and promotes more inclusive and sustainable care practices over time.

Keywords: community nursing, health equity, greater Buenos Aires, structural inequality, infectious disease prevention

Introducción

La equidad en el acceso a la salud constituye uno de los desafíos más persistentes y complejos de la agenda pública en el conurbano bonaerense. En este

vasto y heterogéneo territorio, atravesado por profundas desigualdades sociales, el problema no se reduce a una cuestión de recursos o de logística sanitaria. Se trata, más bien, de un fenómeno multidimensional cuyas raíces se hunden en estructuras ideológicas, institucionales y culturales que moldean la vida cotidiana de millones de personas.

Este artículo se propone desentrañar las capas de esa problemática, centrándose en la prevención de enfermedades infecciosas, ámbito en el que las consecuencias de la inequidad se hacen particularmente visibles. Para ello, se plantea un diálogo interdisciplinario entre la economía política de la desigualdad de Thomas Piketty, la filosofía del desarrollo de Amartya Sen, los análisis institucionales de Miguel Gutiérrez y la sociología de las experiencias de François Dubet. El objetivo es construir un marco teórico robusto que permita identificar tanto las causas estructurales de la inequidad como las posibilidades de acción transformadora de la enfermería comunitaria, concebida aquí como una praxis social y política.

Como primera medida, la cuestión de la equidad en el acceso a la salud en el vasto y heterogéneo territorio del conurbano bonaerense representa uno de los nodos críticos más persistentes y complejos de la agenda pública contemporánea. Este desafío, lejos de constituir un mero problema de asignación de recursos o de logística sanitaria, se revela como un fenómeno multidimensional cuyas raíces se hunden profundamente en las estructuras ideológicas, institucionales y sociales que configuran la vida de millones de personas. En este orden de ideas, el presente análisis se propone desentrañar las capas de esta problemática, centrándose específicamente en la prevención de enfermedades infecciosas, un campo donde las consecuencias de la desigualdad se manifiestan con una crudeza particular. Para ello, se recurrirá a un diálogo interdisciplinario entre la economía política de la desigualdad de Thomas Piketty, la filosofía del desarrollo de Amartya Sen, los análisis institucionales de Gutiérrez y Dubet, con el fin de construir un marco teórico robusto que permita identificar no solo las causas de la inequidad, sino también las vías a través de las cuales la enfermería comunitaria puede erigirse como un agente transformador. El nudo gordiano por resolver, por ende, es cómo una práctica de cuidado situada en el territorio puede confrontar y mitigar los efectos de una desigualdad estructural que se reproduce y justifica a sí misma.

En los inicios de toda reflexión sobre la desigualdad, resulta ineludible la monumental obra de Thomas Piketty, quien en *Capital e Ideología* sostiene una tesis tan simple como demoledora: toda sociedad históricamente desigual ha necesitado construir un aparato ideológico para justificar dicha desigualdad (2019). Por consiguiente, las disparidades en la salud observables en el conurbano no son una anomalía del sistema, sino, antes bien, una consecuencia lógica de un "régimen de desigualdad" que naturaliza la concentración de oportunidades y bienestar. En efecto, este régimen se sostiene sobre narrativas meritocráticas y discursos que individualizan la responsabilidad sobre la salud, opacando el rol determinante de las estructuras socioeconómicas. La salud, en esta lógica, deja de ser un derecho universal para convertirse en un bien al que se accede según el mérito o la capacidad individual, una idea que permea sutilmente las políticas públicas y las prácticas institucionales (Piketty, 2019), generando profundas fracturas en el tejido social.

Asimismo, este andamiaje ideológico se materializa en instituciones que, como señala Gutiérrez (2020) en su análisis sobre el desarrollo territorial, a menudo

operan según modelos de justicia que no se corresponden con las necesidades ni las culturas de las poblaciones a las que supuestamente sirven. La fragmentación del sistema de salud en el conurbano no es un problema técnico aislado. La superposición de jurisdicciones y la falta de articulación generan desigualdades que producen ciudadanías sanitarias diferenciadas. Esta desarticulación expresa una ideología que legitima inequidades en el acceso a la salud. Por añadidura, esta desarticulación no es un fallo técnico, sino la expresión territorial de una ideología que tolera la existencia de "ciudadanías sanitarias" de distinta categoría. En este contexto, el desafío para el desarrollo humano, tal como se plantea en los debates hacia 2030, es precisamente la reconfiguración de estas instituciones para que puedan operar como verdaderas generadoras de capacidades (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2021).

Sin embargo, para comprender la real dimensión del problema es necesario trascender el análisis estructural y atender a sus consecuencias sobre la vida de las personas, y es aquí donde la perspectiva de Amartya Sen en *Desarrollo y Libertad* adquiere una relevancia capital. Sen (1999) nos insta a pensar el desarrollo no como crecimiento económico, sino como la expansión de las libertades reales de las personas. La pobreza, desde este punto de vista, es una privación de capacidades fundamentales. Por lo tanto, la falta de acceso equitativo a la prevención de enfermedades infecciosas constituye una barrera directa a la libertad; a saber: la libertad de vivir una vida larga y saludable, de participar en la comunidad sin temor al contagio, de proyectar un futuro. La salud, por tanto, no es un fin en sí mismo, sino la condición de posibilidad para el ejercicio de un sinnúmero de otras libertades.

En este punto del análisis, la sociología de las experiencias de François Dubet nos permite conectar el plano macro de las ideologías y las instituciones con el plano micro de las vivencias subjetivas. En *La época de las pasiones tristes*, (Dubet 2020) describe cómo la desigualdad contemporánea, a diferencia de la antigua desigualdad de clases, se experimenta de una forma mucho más individualizada y fragmentada. Ya no existe una conciencia de clase unificada que articule el malestar, sino una multiplicidad de experiencias de desprecio, humillación y resentimiento. Del mismo modo, el tránsito por un sistema de salud inequitativo genera estas "pasiones tristes"; la espera interminable, la falta de insumos, el trato despersonalizado, todo ello va minando la dignidad y generando un sufrimiento que es tanto individual como social. A mi juicio, esta dimensión afectiva de la desigualdad es a menudo ignorada, y sin embargo es crucial para entender la desafección y la dificultad para la acción colectiva.

En efecto, la fragmentación de la experiencia de la injusticia que describe Dubet (2020) tiene consecuencias políticas directas. Cuando la lucha por la salud se convierte en un "sálvese quien pueda" individual, se debilita la posibilidad de construir demandas colectivas y de exigir transformaciones estructurales. La responsabilidad se desplaza nuevamente hacia el individuo, quien debe desarrollar estrategias personales para navegar un sistema hostil, en lugar de organizarse colectivamente para cambiarlo. Y, sin embargo, es precisamente en este escenario de fragmentación y sufrimiento individual donde la enfermería comunitaria encuentra su espacio de intervención más potente y, a la vez, más desafiante. Ya que su práctica, por definición, se sitúa en la intersección entre el sistema formal de salud y la vida cotidiana de las personas en sus territorios.

Por consiguiente, el nodo crítico que este trabajo busca desentrañar y proponer vías para su resolución es esta compleja articulación entre un régimen ideológico que justifica la desigualdad sanitaria (Piketty, 2019), un entramado institucional que la reproduce en el territorio (Gutiérrez, 2020), una concepción del desarrollo que la identifica como una privación de libertades fundamentales (Sen, 1999), y una experiencia subjetiva de sufrimiento y fragmentación que dificulta la respuesta colectiva. En este marco, la enfermería comunitaria, a través de sus herramientas de cuidado, promoción y educación para la salud, se configura como un dispositivo de intervención práctica y política con potencial contrahegemónico.

Es decir, cómo puede, desde la proximidad y el vínculo, no solo atender las consecuencias de la inequidad, sino también contribuir a desnaturalizarla, a reconstruir lazos sociales y a fomentar la emergencia de capacidades individuales y colectivas que permitan a las comunidades ser protagonistas en la defensa de su derecho a la salud.

Para avanzar en esta dirección, es menester analizar la práctica de la enfermería no como un conjunto de procedimientos técnicos, sino como una praxis social profundamente política. Esto tiene que ver con reconocer que cada intervención, cada visita domiciliaria, cada taller de prevención, es una oportunidad para desafiar las narrativas que culpabilizan a los individuos de su situación de salud. Al nombrar las determinaciones sociales, al facilitar el acceso a la información y a los recursos, al promover la organización comunitaria; la enfermería puede ayudar a transformar esas "pasiones tristes" (Dubet, 2020) en una conciencia crítica y en una acción organizada. Se trata, en última instancia, de un trabajo sutil pero persistente de construcción de ciudadanía desde la base misma del sistema. Creo, sinceramente, que esta es la potencialidad más radical de la disciplina.

En la presente introducción, queda claro que abordar la equidad en salud en el conurbano bonaerense exige una mirada que vaya más allá de la gestión sanitaria tradicional. Se requiere un enfoque que integre la crítica a las estructuras de poder y desigualdad, que ponga en el centro la expansión de las libertades humanas, y que sea sensible a las formas en que la injusticia se inscribe en los cuerpos y las subjetividades. Todo lo antes mencionado configura el mapa teórico desde el cual se explorará el rol de la enfermería comunitaria, no como una solución mágica, pero sí como una pieza clave, una bisagra estratégica capaz de articular saberes técnicos y populares para tejer, pacientemente, una trama de cuidado y justicia social en un territorio marcado por la urgencia y la esperanza. La tarea es ardua, pero imprescindible.

Sin embargo, esta potencialidad se inscribe en un escenario atravesado por profundas desigualdades que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud, lo que conduce a formular el presente planteamiento del problema, centrado en la persistencia de barreras en el acceso a la salud y en la prevención de enfermedades infecciosas en el conurbano bonaerense, lo que constituye una paradoja social y política. A pesar del reconocimiento formal del derecho a la salud, vastos sectores de la población enfrentan inequidades sistemáticas que no pueden ser explicadas simplemente como fallas de gestión, sino como el resultado de un entramado complejo de factores ideológicos, institucionales y socioeconómicos que perpetúan la exclusión. Esta brecha entre el derecho proclamado y su ejercicio efectivo genera un impacto negativo no solo en los indicadores epidemiológicos, sino también en

las libertades fundamentales y en la dignidad de las personas. Por consiguiente, se vuelve imperativo investigar prácticas situadas que posean el potencial de desafiar este orden y construir alternativas.

En este marco, y en coherencia con el planteamiento del problema previamente expuesto, la investigación se orienta a responder una pregunta central que organiza el sentido del estudio: ¿de qué manera la práctica de la enfermería comunitaria, entendida como una praxis social y política, puede constituirse en un dispositivo contrahegemónico capaz de desnaturalizar y mitigar las inequidades en el acceso a la salud y en la prevención de enfermedades infecciosas en el conurbano bonaerense?

A partir de este interrogante, se delinean los objetivos del estudio, los que permiten estructurar el recorrido analítico y orientar tanto la indagación conceptual como la aproximación al territorio. En este sentido, como objetivo general, se propone analizar la práctica de la enfermería comunitaria en el conurbano bonaerense en tanto praxis social y política, con el propósito de examinar sus potencialidades, pero también sus límites para configurarse como un dispositivo contrahegemónico orientado a desnaturalizar y mitigar las inequidades en el acceso a la salud y en la prevención de enfermedades infecciosas.

En relación con ello, los objetivos específicos buscan, en primer lugar, identificar –a la luz del marco teórico adoptado– las principales barreras ideológicas e institucionales que configuran la inequidad en el acceso a la prevención de enfermedades infecciosas en el territorio de estudio. En segundo lugar, se propone examinar cómo estas desigualdades impactan en las capacidades y libertades de los sujetos, así como en sus experiencias concretas en relación con el sistema de salud. A su vez, se pretende caracterizar las estrategias y herramientas propias de la enfermería comunitaria que pueden contribuir a desarticular narrativas individualizantes de la salud, promoviendo, en cambio, formas de acción colectiva situadas.

Finalmente, se busca proponer lineamientos que orienten una práctica de enfermería comunitaria comprometida con el fortalecimiento de la ciudadanía sanitaria y con la construcción efectiva del derecho a la salud, especialmente en territorios atravesados por altos niveles de vulnerabilidad social.

Posteriormente, y en función de los objetivos planteados, resulta necesario explicitar el encuadre metodológico que orienta el desarrollo del estudio. En este sentido, la presente investigación se enmarca en un diseño de tipo documental y teórico. El abordaje metodológico consistirá en una revisión, análisis y articulación crítica de los marcos conceptuales previamente presentados, correspondientes a Thomas Piketty, Miguel Gutiérrez, Amartya Sen y François Dubet. Por consiguiente, el trabajo se centrará en el estudio pormenorizado de las fuentes bibliográficas primarias de dichos autores, complementado con una revisión de literatura académica secundaria que permita contextualizar y profundizar el diálogo entre sus perspectivas.

El procedimiento analítico buscará, en primer lugar, desglosar las categorías centrales de cada autor para construir, en segundo lugar, puentes conceptuales que permitan elaborar un marco de análisis integrado y robusto, capaz de iluminar la complejidad de la inequidad sanitaria y fundamentar el rol de la enfermería comunitaria como una praxis social transformadora.

A partir del encuadre metodológico adoptado, y en coherencia con la pers-

pectiva teórica que sustenta este trabajo, se avanza hacia el desarrollo analítico de las dimensiones que estructuran el problema de investigación. En este sentido, la primera de ellas refiere a la dimensión ideológica e institucional, entendida como el entramado histórico y social que configura y reproduce las desigualdades en salud. Desde esta perspectiva, en los inicios de toda sociedad organizada, la desigualdad ha sido una constante.

No obstante, como argumenta de manera contundente Thomas Piketty (2019), ninguna estructura de inequidad, por más extrema que sea, puede sostenerse únicamente mediante la coerción; requiere, de manera indispensable, un aparato ideológico que la justifique, que la presente como natural, inevitable o incluso deseable. Piketty (2019) denomina a estas estructuras de justificación "ideologías desigualdadistas" o "regímenes desigualdadistas", un concepto que resulta central para desentrañar la problemática sanitaria en el conurbano bonaerense. En efecto, la persistencia de brechas abismales en el acceso a la salud no puede comprenderse sin analizar las narrativas que las sostienen. La ideología dominante en las sociedades contemporáneas, que Piketty describe como una mezcla de "propietarismo" y "meritocracia", opera eficazmente para despolitizar la cuestión sanitaria. Por un lado, el discurso meritocrático sugiere que el éxito y el bienestar, incluyendo la salud, son el resultado directo del esfuerzo y el talento individual. Por consiguiente, la enfermedad o la falta de acceso a cuidados de calidad se reinterpretan no como un problema social, sino como una falla personal; una consecuencia de no haberse "esforzado lo suficiente", de no haber tomado las "decisiones correctas" o de no poseer la "cultura del cuidado". Esta lógica, sutil pero omnipresente, desplaza la responsabilidad del Estado y de la estructura social hacia los hombros del individuo, generando un potente efecto de legitimación de la inacción política.

A la luz de los aportes de Thomas Piketty (2019) sobre los regímenes desigualdadistas, resulta pertinente incorporar la perspectiva de Douglass North (2014). Si las ideologías justifican la inequidad, son las instituciones entendidas por North como las "reglas del juego" que estructuran los incentivos de una sociedad las que solidifican estas disparidades. En el conurbano, las instituciones informales (costumbres, rutinas burocráticas y redes de favores) a menudo se imponen sobre la normativa formal de gratuidad, perpetuando un sistema donde el desempeño institucional favorece la exclusión de los más vulnerables. Esta estructura se complementa con lo que Daron Acemoglu y James Robinson (2012) definen como instituciones extractivas. En el ámbito sanitario, podemos observar una lógica extractiva cuando el sistema de salud no está diseñado para el desarrollo de capacidades colectivas, sino para mantener estructuras de poder y ciudadanías de distintas categorías. Al respecto, Ha-Joon Chang (2012) advierte que la idea de un mercado libre y eficiente en servicios básicos es una ficción ideológica; en territorios de alta vulnerabilidad, delegar la salud a lógicas de mercado solo profundiza la brecha de calidad, confirmando que la intervención del Estado y de la enfermería comunitaria es una necesidad política y no una mera falla de gestión.

Por añadidura, esta narrativa se ve reforzada por una concepción propietarista que entiende a la salud no como un derecho humano fundamental, sino como un bien de mercado más, cuyo acceso está mediado por la capacidad de pago. Si bien el sistema público argentino formalmente se rige por principios de universalidad y gratuidad, en la práctica, la coexistencia con un pujante sector privado y con

obras sociales segmentadas crea un sistema de facto estratificado, donde la calidad y la oportunidad de la atención dependen directamente de la posición socioeconómica del individuo. Piketty (2019) demuestra cómo estas ideologías no son meras abstracciones, sino que se encarnan en políticas fiscales, en leyes laborales y, cabría agregar, en políticas de salud que, bajo un velo de neutralidad técnica, reproducen y profundizan la desigualdad preexistente. Así, la falta de inversión en hospitales públicos en zonas vulnerables, la precarización del personal sanitario o la escasez de insumos para la prevención de enfermedades infecciosas no se presentan como decisiones políticas deliberadas, sino como consecuencias inevitables de restricciones presupuestarias o de una supuesta "ineficiencia" del sector público, un discurso que oculta la opción ideológica de priorizar otros intereses.

Este andamiaje ideológico no flota en el vacío. Antes bien, se materializa y cobra efectividad a través de las instituciones, y es aquí donde el análisis de Gutiérrez (2020) sobre el desarrollo territorial adquiere una importancia crucial. Este autor argumenta que las instituciones no son meros contenedores neutros de la acción social, sino que están impregnadas de cultura y operan según "modelos de justicia" específicos que determinan la distribución de recursos y oportunidades en un territorio. El sistema de salud del conurbano bonaerense es un ejemplo paradigmático de lo que el autor podría denominar un desajuste profundo entre el modelo de justicia institucional y las necesidades de la población. La notoria fragmentación del sistema, con una multiplicidad de actores (nación, provincia, municipios, obras sociales, sector privado) que operan con lógicas, financiamientos y poblaciones a cargo distintas y sin una coordinación efectiva, es la expresión institucional de la ideología desigualdadista. Esta desarticulación, lejos de ser un mero problema de gestión, crea barreras de acceso insalvables para los sectores más vulnerables. Por consiguiente, la odisea de un ciudadano para conseguir un turno, acceder a un especialista o realizarse un estudio diagnóstico se convierte en una carrera de obstáculos burocráticos que exige un capital social, cultural e informativo que no todos poseen. Como señala Gutiérrez (2020), la cultura institucional, los valores, las rutinas, las prácticas no escritas terminan por definir quién accede y quién queda excluido. Por lo tanto, un sistema fragmentado opera selectivamente, beneficiando a quienes saben "moverse" en él y penalizando a quienes carecen de esas herramientas. Se constituye así una "ciudadanía sanitaria" estratificada, donde el derecho a la salud se ejerce de manera diferencial, y esta diferencia, en el caso de las enfermedades infecciosas, puede significar la diferencia entre la prevención y la enfermedad, o incluso entre la vida y la muerte.

El lúcido análisis de Piketty (2019) sobre los "régimenes desigualdadistas" proporciona un mapa de las narrativas que legitiman la inequidad, pero estas ideologías, para ser efectivas, deben anclarse en la materialidad de la vida social. En este punto, el análisis requiere desplazarse hacia la dimensión institucional y cultural, donde dichas construcciones simbólicas adquieren forma concreta a través de prácticas, normas y sentidos compartidos que organizan la vida cotidiana y condicionan las posibilidades reales de acceso a la salud.

No operan en el éter, sino que se encarnan, se reproducen y se vuelven "sentido común" a través de las instituciones. Es precisamente en este punto donde la contribución de Gutiérrez (2020) se vuelve indispensable, ya que ofrece las herramientas conceptuales para comprender cómo el territorio, y en particular el terri-

torio sanitario del conurbano bonaerense se convierte en el escenario donde la ideología se hace carne. Gutiérrez nos advierte contra una visión ingenua de las instituciones como si fueran meras estructuras administrativas o aparatos técnicos neutrales. Por el contrario, sostiene que "las instituciones están impregnadas de cultura" y, fundamentalmente, que toda estrategia de desarrollo territorial, explícita o implícita se sustenta en "modelos de justicia" que definen cómo se distribuyen los recursos, el reconocimiento y las oportunidades entre la población.

En este orden de ideas, el concepto de "cultura institucional" es clave para desentrañar la opacidad del sistema de salud. No se trata solo de las leyes y los organigramas formales, sino del conjunto de valores, creencias, rutinas, rituales y prácticas no escritas que gobiernan el día a día de un hospital o un centro de atención primaria. Esta cultura determina en gran medida la experiencia del ciudadano. Cuando un sistema de salud está fragmentado, como ocurre de manera notoria en el conurbano, no solo se trata de un problema de coordinación; se trata de la coexistencia de múltiples culturas institucionales que a menudo son contradictorias y excluyentes.

La cultura de un hospital municipal puede ser radicalmente distinta a la de un hospital provincial o a la de una salita de barrio gestionada con lógicas comunitarias. Esta cacofonía institucional genera incertidumbre y desprotección. Para el ciudadano común, entender a qué puerta golpear, qué papeles presentar, en qué horario acudir, se convierte en un trabajo a tiempo completo que requiere un "saber hacer" específico, un capital cultural que está desigualmente distribuido. Por lo tanto, la cultura institucional, con sus códigos y sus barreras simbólicas, funciona como un poderoso mecanismo de selección social que materializa la ideología meritocrática descrita por Piketty: el sistema parece abierto para todos, pero en la práctica solo recompensa a quienes dominan sus reglas no escritas.

Gutiérrez (2020), asimismo, nos insta a analizar cuál es el "modelo de justicia" que subyace a la estrategia de desarrollo sanitario en el territorio. Un modelo de justicia basado en el universalismo y la equidad implicaría una estrategia territorial orientada a reducir las brechas, a fortalecer la atención primaria y a garantizar que los recursos lleguen prioritariamente a las zonas más vulnerables. Sin embargo, lo que se observa en el conurbano parece responder a un modelo de justicia segmentado y particularista. La inversión en salud a menudo sigue lógicas políticas clientelares más que criterios epidemiológicos; la distribución de especialistas y de tecnología de alta complejidad tiende a concentrarse en ciertos corredores urbanos, dejando vastas áreas desprotegidas; la articulación entre los diferentes niveles de atención es precaria, por lo que la prevención y el seguimiento de enfermedades infecciosas se vuelven extremadamente difíciles. Este modelo de justicia no es el resultado del azar, sino la consecuencia directa de una cultura institucional que refleja el régimen desigualdadista: se tolera que existan ciudadanos de primera y de segunda categoría en materia sanitaria porque la ideología subyacente lo justifica. En efecto, se asume como "natural" que quien posee una obra social o capacidad de pago acceda a un tipo de medicina, mientras que el resto debe conformarse con lo que el Estado, de manera fragmentada y a menudo insuficiente, puede ofrecer.

La desconexión entre la lógica institucional y la lógica del territorio es otra de las claves que aporta Gutiérrez (2020). Las instituciones sanitarias, con frecuencia, se diseñan y operan con una racionalidad burocrática que es ajena y a veces hostil

a las culturas y a las condiciones de vida de las comunidades a las que deben servir. Los horarios de atención rígidos que no consideran las jornadas laborales precarias, los sistemas de turnos que exigen una presencialidad incompatible con las tareas de cuidado, o las campañas de prevención con lenguajes técnicos que no dialogan con los saberes y las creencias populares, son todos ejemplos de este profundo desajuste. Gutiérrez diría que hay un quiebre en la "estrategia de desarrollo territorial" porque las instituciones no logran "leer" el territorio, no comprenden sus dinámicas, sus redes, sus potencialidades.

Por consiguiente, muchas políticas, aunque bien intencionadas en el papel, fracasan en su implementación porque chocan con la realidad cultural y material de la gente. Esto no es un problema de comunicación; es un problema de poder. Refleja una relación asimétrica donde un saber técnico-burocrático se impone sobre los saberes y las necesidades de la vida cotidiana, un proceso que, lejos de empoderar a la comunidad, a menudo la infantiliza y la vuelve dependiente. Personalmente, creo que este es uno de los puntos más agudos de la crisis de nuestro sistema de atención primaria.

Del mismo modo, la falta de una estrategia territorial integrada no solo produce ineficiencia, sino que activamente socava la construcción de ciudadanía. Al no existir una visión de conjunto, cada actor institucional (municipio, provincia, sindicato) busca resolver sus problemas de manera aislada, compitiendo por recursos escasos y, en ocasiones, "pasándose la pelota" de las responsabilidades. Este "sálvese quien pueda" institucional tiene su correlato directo en la experiencia de la gente, reforzando la idea de que la salud es una cuestión de suerte o de astucia individual, y no un derecho exigible. Así pues, la arquitectura institucional del conurbano no solo reproduce la desigualdad material, sino que también educa en la desconfianza, el individualismo y la resignación. Se trata de una pedagogía de la inequidad que, día a día, convence a los ciudadanos de que no tienen derecho a tener derechos, o de que la única forma de obtenerlos es a través de favores o atajos, y no mediante la participación cívica y la exigencia colectiva. A saber, se fomenta la fragmentación social que tan bien describe Dubet, haciendo casi imposible la construcción de un "nosotros" capaz de demandar una transformación estructural del sistema.

El marco propuesto por Gutiérrez (2020) no solo sirve para el diagnóstico, sino que también ilumina un camino para la acción. Si las instituciones están hechas de cultura, entonces son susceptibles de ser transformadas culturalmente. El cambio no vendrá únicamente de grandes reformas legislativas, sino de la paciente construcción de nuevas prácticas, nuevos valores y nuevas relaciones en el nivel micro del territorio. Y es aquí donde la enfermería comunitaria adquiere un protagonismo estratégico. La enfermera o el enfermero que trabaja en y con la comunidad puede convertirse en un "agente cultural" de primer orden.

Puede ser quien actúe como traductor entre la cultura institucional y la cultura comunitaria, quien valide los saberes populares y los ponga en diálogo con el conocimiento científico, quien ayude a rediseñar los procesos de atención para que se ajusten a las necesidades reales de la gente. Al hacerlo, no solo está proveyendo un servicio de salud, sino que está disputando el modelo de justicia imperante y construyendo una nueva cultura institucional desde abajo, una cultura basada en el cuidado, el respeto y el reconocimiento de la dignidad. Este es, quizás, el aporte

más potente de la perspectiva de Gutiérrez: nos permite ver la práctica cotidiana del cuidado no como un acto meramente técnico o asistencial, sino como una intervención profundamente política sobre la cultura y las instituciones que modelan nuestras vidas.

Si el análisis de Piketty (2019) y Gutiérrez (2020) nos permite comprender la arquitectura estructural de la inequidad sanitaria, la perspectiva de Amartya Sen (1999) nos obliga a desplazar el foco de evaluación: de los recursos y las instituciones hacia las vidas concretas que estas estructuras moldean. En este sentido, el análisis se profundiza en la dimensión humana y de capacidades, donde las desigualdades dejan de ser solo un problema estructural para expresarse en las posibilidades reales que tienen los sujetos de vivir, decidir y cuidar su salud en condiciones de dignidad. En su obra seminal *Desarrollo y Libertad*, Sen propone una ruptura radical con las concepciones tradicionales del desarrollo, que lo equiparaban al crecimiento del PBI o a la modernización industrial. Para Sen, el desarrollo no es otra cosa que un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos. La libertad, en este sentido, es tanto el fin último del desarrollo como su principal medio. En consecuencia, la pobreza no debe ser vista simplemente como una falta de ingresos, sino, de manera mucho más profunda, como una "privación de capacidades" básicas. Este giro conceptual es fundamental para analizar la cuestión del acceso a la salud. Desde un enfoque de capacidades, la salud no es valiosa únicamente porque nos hace sentir bien, sino porque es una condición indispensable para poder ser y hacer aquello que tenemos razones para valorar. Ser una persona saludable expande nuestra capacidad para trabajar, para estudiar, para participar en la vida comunitaria, para cuidar de otros; en definitiva, para vivir una vida plena. Por lo tanto, una enfermedad evitable o una muerte prematura no es solo una tragedia personal, es la extinción de un conjunto de libertades y oportunidades. Aplicar este enfoque al conurbano bonaerense revela que la inequidad en salud es una forma aguda de privación de capacidades. El problema no reside únicamente en la desigual distribución de hospitales o centros de atención primaria (los recursos), sino en la desigual capacidad de las personas para convertir esos recursos en un "funcionamiento" real, a saber, el de estar sano. Sen (1999) distingue claramente entre los bienes y servicios que una persona posee y lo que puede hacer con ellos. Una persona puede vivir frente a un hospital (tener el recurso), pero si carece de información sobre sus derechos, si no puede ausentarse de su trabajo precario para hacer una consulta, si el transporte público para llegar es deficiente e inseguro, o si sufre discriminación por parte del personal de salud, su capacidad real para acceder a la atención es nula. Su libertad para estar sana está coartada. En el campo de la prevención de enfermedades infecciosas, esto es dramáticamente evidente. La disponibilidad de una vacuna (el recurso) no garantiza la inmunización (el funcionamiento) si las campañas no se adaptan a los horarios laborales de la población, si no se combate la desinformación con estrategias culturalmente pertinentes, o si la población desconfía de un sistema que históricamente la ha maltratado. Del mismo modo, el acceso a agua potable no es solo una cuestión de infraestructura; es una capacidad fundamental que condiciona la posibilidad de evitar un sinnúmero de enfermedades diarreicas y otras infecciones. La falta de acceso a saneamiento básico es una restricción violenta de la libertad de vivir una vida saludable.

La privación de capacidades que analiza Sen adquiere una nueva compleji-

dad bajo el capitalismo de plataformas analizado por Nick Srnicek (2018). La digitalización y la "uberización" del trabajo en el conurbano han generado una masa de trabajadores sin horarios fijos ni protecciones sociales, lo que restringe su libertad real para acceder a turnos médicos o completar esquemas de vacunación. Esta precariedad se ve agravada por lo que David Graeber (2012) identifica como la dimensión moral de la deuda. La salud deja de ser un derecho cuando el individuo se siente en deuda con un sistema que lo maltrata, o cuando la falta de recursos lo obliga a priorizar obligaciones económicas sobre el cuidado de la vida, convirtiendo la prevención en un lujo inaccesible.

Frente a la fragilidad de este sistema, la enfermería comunitaria debe anticiparse a lo que Nassim Taleb (2011) llama el "Cisne Negro". En contextos de exclusión, la aparición de enfermedades infecciosas imprevistas tiene impactos devastadores debido a la rigidez institucional. La práctica situada del cuidado busca, precisamente, reducir esa fragilidad y construir comunidades resilientes capaces de responder ante lo altamente improbable.

Por consiguiente, la evaluación de las políticas de salud desde la perspectiva de Sen (1999) no debería centrarse en los gastos o en el número de camas hospitalarias, sino en su impacto real sobre las capacidades de las personas. ¿Las políticas actuales expanden o restringen la libertad de las personas para estar sanas? ¿Reducen las barreras que impiden a los más vulnerables transformar los recursos sanitarios en bienestar efectivo? Este enfoque politiza la salud, la saca del ámbito puramente técnico-médico y la coloca en el centro del debate sobre la justicia social y el desarrollo humano. Además, nos permite comprender que la equidad en salud no se logra simplemente con "más de lo mismo", sino que requiere intervenciones que apunten a empoderar a las personas, a remover los obstáculos (económicos, sociales, culturales) que limitan sus opciones y, en definitiva, a expandir el conjunto de vidas que les es factible vivir. La enfermería comunitaria, con su trabajo en el territorio, se encuentra en una posición privilegiada para identificar estas barreras y para trabajar en el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas, una cuestión que resulta central para la presente investigación.

La sociología de las experiencias de Dubet (2020) sobre las "pasiones tristes" encuentra un eco profundo en el análisis de Franco "Bifo" Berardi (2022). En esta línea, el abordaje se desplaza hacia la dimensión subjetiva, donde las desigualdades no solo se expresan en estructuras y condiciones materiales, sino también en las formas en que los sujetos sienten, interpretan y transitan su vínculo con la salud, el padecimiento y las instituciones.

El capitalismo contemporáneo además de explotar el cuerpo, coloniza la atención y la sensibilidad. Berardi sugiere que vivimos un colapso de la empatía; en los pasillos de un sistema de salud desbordado, este colapso se manifiesta como un trato despersonalizado que erosiona la dignidad. La enfermería comunitaria interviene aquí como un reparador de esa sensibilidad colapsada, devolviendo la dimensión humana al acto de cuidar.

Asimismo, Laurent De Sutter (2020) advierte que la indignación actual suele ser un "escándalo" vacío que no conduce a la acción. Para que el malestar en el conurbano no se agote en un resentimiento estéril o una resignación individual, la enfermería debe actuar como el catalizador que transforme esa indignación en lo que el Papa Francisco (2020) denomina "amistad social" en su encíclica *Fratelli Tutti*.

Frente a la "cultura del descarte" que naturaliza que algunos ciudadanos tengan menos derechos que otros, la propuesta de una fraternidad universal ofrece el sustento ético para una enfermería que reconozca la dignidad intrínseca de cada habitante del territorio.

Las estructuras ideológicas y las fallas institucionales que generan privación de capacidades no son fenómenos abstractos; se inscriben dolorosamente en la vida cotidiana de las personas. François Dubet (2020), en *La época de las pasiones tristes*, ofrece un marco sociológico indispensable para comprender la dimensión subjetiva de la desigualdad contemporánea. Dubet sostiene que hemos transitado de una sociedad de clases, donde la desigualdad era vivida colectivamente y generaba una clara conciencia de antagonismo, a una sociedad de individuos, donde las injusticias se experimentan de manera fragmentada y personal. La desigualdad ya no se percibe principalmente como una explotación de una clase por otra, sino como una acumulación de desprecios, humillaciones y fracasos personales. Este cambio en la "experiencia de la injusticia" produce lo que el autor, retomando a Spinoza, denomina "pasiones tristes": el resentimiento, la envidia, la frustración, el miedo. Son pasiones que corroen la autoestima y que, fundamentalmente, dificultan la construcción de lazos de solidaridad y de acción colectiva. El adversario ya no es un "otro" de clase claramente identificable, sino una multiplicidad de "otros": el vecino que accedió a un plan social, el inmigrante que ocupa una cama en el hospital, el empleado público que no atiende con celeridad.

Esta perspectiva es extraordinariamente potente para analizar lo que ocurre en las salas de espera, en los pasillos de los hospitales y en los centros de salud del conurbano. El tránsito de un individuo por un sistema de salud fragmentado e inequitativo es una fuente constante de "pasiones tristes". La experiencia de levantarse de madrugada para conseguir un número y no lograrlo; la humillación de tener que exponer la propia vulnerabilidad ante un personal administrativo desbordado y a veces hostil; la impotencia ante la falta de un medicamento o la postergación indefinida de una cirugía; todo ello va generando un profundo desgaste emocional. Como describe Dubet (2020), la injusticia se vive como una afrenta personal, una falta de reconocimiento a la propia dignidad. El problema, entonces, no es solo que el sistema "funciona mal", sino que, en su mal funcionamiento, produce activamente sufrimiento psíquico y erosiona la confianza en las instituciones y en los demás. La lucha por la salud, en este contexto, deja de ser una causa común para convertirse en una competencia individual, un "sálvese quien pueda" donde cada uno debe desplegar sus propias estrategias para sortear las barreras del sistema.

La principal consecuencia política de esta individualización del malestar es la neutralización del conflicto social. Cuando el sufrimiento se privatiza, se vuelve políticamente inofensivo. La rabia y la frustración, en lugar de canalizarse hacia una demanda colectiva por la transformación del sistema, se dirigen hacia adentro, en forma de depresión o resignación, o hacia afuera, pero de manera lateral, contra otros actores igualmente vulnerables. Esta dinámica se manifiesta, por ejemplo, en los episodios de violencia dirigidos hacia profesionales de la salud por parte de pacientes o familiares que, frente a la ausencia de respuestas institucionales, canalizan su frustración contra actores igualmente precarizados, desplazando el conflicto desde las causas estructurales hacia el plano interpersonal.

Dubet (2020) señala que esta fragmentación de la experiencia social es fun-

cional al mantenimiento del *statu quo*. Un sistema que genera "pasiones tristes" es un sistema que se autoprotege, ya que mina la base misma de la acción política: la capacidad de traducir un problema personal en una cuestión pública y de construir un "nosotros" capaz de exigir cambios. Aquí reside, a mi parecer, uno de los mayores desafíos, pero también una de las mayores potencialidades para la enfermería comunitaria. La enfermera o el enfermero comunitario, por su proximidad y por la relación de confianza que puede establecer en el territorio, está en una posición única para operar como un catalizador que ayude a revertir este proceso. Puede ser el actor que, al escuchar las historias de sufrimiento individual, ayude a conectarlas, a mostrar sus patrones comunes, a nombrar sus causas estructurales y, en última instancia, a facilitar el paso de la "pasión triste" individual a la acción colectiva y organizada por el derecho a la salud. Es, en definitiva, un trabajo de repolitización de la vida cotidiana.

A modo de cierre del recorrido analítico desarrollado, y recuperando las dimensiones abordadas a lo largo del trabajo, es posible avanzar hacia la formulación de las conclusiones. En este sentido, en las postrimerías de este análisis teórico emerge con claridad una idea central: la inequidad en el acceso a la salud en el conurbano bonaerense no constituye un subproducto accidental ni una mera falla técnica del sistema, sino la consecuencia lógica y predecible de un complejo andamiaje ideológico e institucional orientado a reproducir la desigualdad.

El recorrido a través de los aportes de Piketty, Gutiérrez, Sen y Dubet ha permitido desarticular este "nodo crítico" y revelar sus múltiples dimensiones. En efecto, se ha demostrado cómo los regímenes desigualdadistas legitiman la exclusión, cómo las culturas institucionales la materializan en el territorio, cómo esta exclusión se traduce una privación de libertades fundamentales y, finalmente, cómo se inscribe en los cuerpos y las subjetividades en forma de "pasiones tristes" que socavan la acción colectiva.

Por consiguiente, y en respuesta a la pregunta central de esta investigación, se sostiene que la enfermería comunitaria puede, y debe, constituirse como un dispositivo contrahegemónico. Su potencial no reside en la aplicación de técnicas asépticas, sino en su capacidad para operar como una praxis social y política situada en la intersección misma de estas dimensiones. Al trabajar desde la proximidad, el vínculo y el conocimiento del territorio, la enfermería comunitaria está en una posición privilegiada para desafiar las narrativas meritocráticas, para actuar como "agente cultural" que transforma las lógicas institucionales desde adentro, para identificar y remover las barreras que coartan las capacidades de las personas y, fundamentalmente, para actuar como catalizadora en la transformación del sufrimiento individual en conciencia y organización colectiva.

De este modo, se ha dado cumplimiento a los objetivos planteados. Se identificaron las barreras estructurales, se examinó su impacto multidimensional y se caracterizó el rol de la enfermería comunitaria como una bisagra estratégica. Su labor, entendida en esta clave política, se revela no como una práctica meramente asistencial, sino como un ejercicio de construcción de ciudadanía sanitaria desde la base. Es una tarea de repolitización del cuidado y de la vida cotidiana, que busca devolver a las comunidades el protagonismo en la defensa de su derecho a la salud. A mi modo de ver, esta es una perspectiva que pocas veces se discute en la formación profesional y que, sin embargo, es vital para el futuro de la salud pública.

Cabe mencionar, sin embargo, que este estudio, por su naturaleza teórica, presenta lineamientos y potencialidades que deben ser contrastados y enriquecidos por la investigación empírica. Futuras indagaciones deberán explorar las condiciones materiales y simbólicas que facilitan u obstaculizan esta práctica transformadora en diferentes contextos del conurbano, así como analizar las políticas de formación y de gestión del personal de enfermería necesarias para fomentar este perfil profesional. No obstante, el marco aquí construido ofrece un punto de partida sólido para repensar el rol de la enfermería en la lucha por la justicia social.

A modo de cierre, podría decirse que la apuesta por una enfermería comunitaria con conciencia crítica es, en última instancia, una apuesta por la esperanza. En un escenario de creciente fragmentación social y desafección política, el cuidado situado, paciente y comprometido emerge no solo como un acto de reparación individual, sino como una poderosa herramienta de reconstrucción del lazo social y de la democracia misma. La tarea es, sin duda, monumental, pero en cada pequeño acto de cuidado que reconoce la dignidad del otro, se siembra la semilla de un sistema de salud más justo y de una sociedad más humana.

Referencias

- Acemoglu, D. y Robinson, J. A. (2012). *¿Por qué fracasan los países? Los orígenes del poder, la prosperidad y la riqueza*. Ariel.
- Berardi, F. (2022). *El tercer inconsciente*. Caja Negra.
- Chang, H.-J. (2012). *23 cosas que no te cuentan sobre el capitalismo*. Debate.
- De Sutter, L. (2020). *Indignación total: Lo que nuestra adicción al escándalo dice de nosotros*. La Cebra.
- Dubet, F. (2020). *La época de las pasiones tristes*. Siglo XXI Editores.
- Francisco. (2020). *Fratelli tutti: Carta encíclica sobre la fraternidad y la amistad social*. Libreria Editrice Vaticana.
- Graeber, D. (2012). *En deuda: Una historia alternativa de la economía*. Ariel.
- Gutiérrez, M. (2020). Desarrollo e instituciones: La cultura y los modelos de justicia en la estrategia del desarrollo territorial. En M. Gutiérrez y G. Lorenzi (comps.). *Instituciones e industrias culturales*. Imago Mundi.
- North, D. C. (2014). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Fondo de Cultura Económica.
- Piketty, T. (2019). *Capital e ideología*. Deusto.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2021). *Desarrollo humano: Desafíos institucionales para la generación de capacidades hacia el 2030*.
- Sen, A. (1999). *Desarrollo y libertad*. Planeta.
- Taleb, N. N. (2011). *El cisne negro: El impacto de lo altamente improbable*. Paidós.