

Reconfiguraciones de la cotidianidad hospitalaria a partir de proyectos de promoción lectora en la Ciudad de Buenos Aires

Reconfigurations of daily hospital life based on reading promotion projects in Buenos Aires City

MARÍA JOSÉ BÓRQUEZ - ORCID 0009-0000-4714-7315

(pág 65 - pág 72)

RESUMEN. El presente artículo se refiere a las modificaciones que la irrupción de proyectos de promoción de la lectura, la escritura y la narración oral ha generado en la vida cotidiana de las instituciones públicas de salud, como hospitales y centros de salud. Estas modificaciones se han centrado en cuatro aspectos o pasajes: de lo biológico a lo socio-histórico, de lo individual a lo colectivo, de lo privado a lo público y de lo disciplinario a lo interdisciplinario. El contacto con libros y otros materiales de lectura posibilita una mejora en los ambientes cotidianos de espera e internación, así como en las condiciones materiales de trabajo de los profesionales que, posicionados más allá de lo curativo, intentan concebir nuevas formas de pensar, habitar y sentir en espacios de salud pública.

Palabras clave: vida cotidiana, hospital, lectura, escritura, reconfiguración.

ABSTRACT. This article refers to the modifications brought about by the emergence of projects that promote reading, writing, and oral storytelling in the daily lives of public health institutions such as hospitals and health centers. These modifications have focused on four aspects or passages: from the biological to the socio-historical, from the individual to the collective, from the private to the public, and from the disciplinary to the interdisciplinary. Contact with books and other reading materials improves the daily waiting and hospitalization environments, as well as the material working conditions of professionals who, positioned beyond the curative, seek to conceive new ways of thinking, inhabiting, and feeling in public health spaces.

Keywords: everyday life, hospital, reading, writing, reconfiguration.

MARÍA JOSÉ BÓRQUEZ es licenciada en Ciencias de la Comunicación por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y profesora de Enseñanza Media y Superior en Ciencias de la Comunicación Social por la misma institución. Cuenta además con una diplomatura en Ciencias Sociales con mención en Educación, Imágenes y Medios por FLACSO, y actualmente cursa la Maestría en Comunicación y Cultura en la UBA. E-mail, majoborquez@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 15/03/2026 **FECHA DE APROBACIÓN:** 13/04/2026

1. VIDA COTIDIANA E INSTITUCIONES DE SALUD

Cotidianeidad, cotidianidad, vida cotidiana. Todas ellas son formas gramaticales cuya significación se vincula a entornos y prácticas signados por la permanencia y la repetición, que instituyen previsibilidad y restringen el campo de opciones y novedades (Lefebvre, 1972, 1968; Steimberg, 2005), así como a contextos de ritmo fijo y de rigurosa regularidad (Heller, 1985, 1972).

En el campo específico de la salud, el problema de la vida cotidiana se hace presente en la voz de pensadores/as como Rosana Onocko Campos, Mario Testa y Gastao Wagner de Sousa Campos, entre otros/as.

Onocko Campos (2004), médica brasileña especialista en gestión hospitalaria, señala que la aparición social del hospital fue determinada por cuestiones profundamente humanas: fue creado por personas para atender a otras. De ahí la idea de que, como institución, debería presentarse como humanizada. Sin embargo, esto no suele ocurrir. La autora se refiere al desgaste físico y psíquico por la vida institucional. Si los/as usuarios/as fueron reducidos/as a objeto hace tiempo por la medicina, los/as profesionales se encuentran permanentemente expuestos/as al sufrimiento y la muerte. Alienación, control social y dominación constituyen otros rasgos de los espacios institucionales públicos de salud. En el hospital contemporáneo, tal como ella plantea, los equipamientos tecnológicos —entre los que se incluyen desde aparatos de resonancia magnética hasta el saber médico— subsumieron el valor de preguntas básicas como cuánto vale y cuánto cuesta una vida.

Testa (2020), médico sanitarista y neumólogo argentino, también se refiere a esta cuestión al reconocer que la relación médico-paciente se encuentra cada vez más intermediada por la *parafernalia electrónica* que se interpone en el diálogo necesario entre ambos actores. La perspectiva crítica de Testa (1993) queda plasmada en su escrito “El hospital visto desde la cama del paciente”, que busca ser una apelación a sus colegas para despertar la necesidad de un diálogo sobre las tareas habituales del quehacer hospitalario. Allí relata sus vivencias al acudir a un hospital para colocarse un marcapasos. Desde su llegada en una ruidosa ambulancia hasta la internación misma, con sus noches largas, llenas de ruidos, voces, alarmas y quejas. El trato que recibe por parte del personal añade cuestiones de equipamiento y de esperas extensas, lo que lleva a Testa (2020) a señalar la necesidad de un proceso de desinstitucionalización hospitalaria que permita repensar los criterios que definen las prioridades y las normas de comportamiento en el hospital. Expresa que no son adecuadas porque están centradas en las necesidades de la institución hospitalaria y no en las de las personas.

De Sousa Campos (2021), también sanitarista y brasileño, en el mismo sentido, afirma que las instituciones de salud deberían ordenarse en función de la defensa de la vida de las personas, produciendo, por un lado, valores de uso —salud— y, por otro, la realización personal de sus trabajadores/as. Pero lo cierto es que el endiosamiento de los medios de diagnóstico lleva, día a día, a un abandono cada vez más radical de la esencia de la clínica, con médicos/as especialistas que se transforman en operadores/as de máquinas, realizadores/as de procedimientos parciales e insuficientes. Otros rasgos de la vida cotidiana en los servicios públicos de salud son la alienación, la burocratización, la deshumanización, las disputas de poder, la fragmentación que se origina en la multiplicación de especialidades médicas. De todo esto se desprende la necesidad, cada vez más imperiosa, de inventar nuevos modos de organizar la clínica y la salud pública.

2. PROMOCIÓN DE LA LECTURA Y RECONFIGURACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA HOSPITALARIA

En palabras de Marita Soto (2014, p. 28), “La rutina y la repetición de las prácticas cotidianas se encuentran atravesadas por acciones y operaciones que, de manera tensionada, aportan a la transformación del escenario en el que tienen lugar dichas prácticas”. La irrupción de proyectos de promoción de la lectura, la escritura y la narración oral en espacios de salud podría ubicarse del lado de estas acciones y operaciones, en tanto que genera una serie de modificaciones en la vida cotidiana hospitalaria. Se trata de iniciativas que, desde fines de los años 90 y principios de 2000, se han comenzado a ofrecer dentro del subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, y que se plasman en dispositivos dirigidos tanto a la población ambulatoria e internada como a profesionales y equipos de salud. Debe destacarse que muchos de estos dispositivos han sido relevados y analizados por la autora de este artículo tanto en su tesis de maestría en Comunicación y Cultura como en su tesis de doctorado en Ciencias Sociales, ambas en la Universidad de Buenos Aires.

El telón de fondo de estas propuestas se remonta a fines de la década de los 60, cuando, luego de una fuerte crisis de la ciencia médica (Laurell, 1982; Menéndez, 2003), comienza a avizorarse un cambio de paradigma en salud, que se concibe desde marcos más amplios y no únicamente como ausencia de enfermedad ni como acceso a la atención y asistencia médicas. En los años 70 surgen los talleres literarios en Argentina y en 1983 tiene lugar la recuperación de la democracia, luego de siete años de dictadura sangrienta. En 1985, en tanto, nace el Programa Cultura en Hospitales y, un año después, se implementa el Plan Nacional de Lectura Leer es Crecer. Todos estos componentes aportaron un empuje fundamental al fenómeno analizado en este artículo.

Dos de los proyectos pioneros en la Ciudad de Buenos Aires fueron el de promoción de las lecturas en la sala de espera del servicio de pediatría del Hospital Tornú (1998) y “Pintacuentos y juegos”, que se ejecutó en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 7, perteneciente al Hospital Santojanni (1999). A partir de ese momento, comenzaron a planificarse, implementarse y evaluarse más de una treintena de proyectos que, en salas de espera e internación y en bibliotecas hospitalarias, buscaban acercar textos literarios a la población consultante y a los/as trabajadores/as de la salud.

Una cuestión importante por resaltar es que ninguno de estos proyectos se encuentra enmarcado en políticas públicas del sector sanitario, como planes o programas, por lo que resulta fundamental el estudio de casos locales en la producción de conocimiento sobre el tema. Todo el trabajo de ideación y ejecución de las propuestas se lleva a cabo de manera artesanal y creativa, en términos de Michel de Certeau (2000, 1979), por los equipos de salud locales.

Ahora, ¿cuáles son las modificaciones que este tipo de proyectos suscitan en la cotidianidad hospitalaria? Dichos cambios se ubican, fundamentalmente, en cuatro pasajes que se desarrollarán a continuación.

2.1. DE LO BIOLÓGICO A LO HISTÓRICO-SOCIAL

Cuando Eduardo Menéndez (2003, 2020) acuña, hacia fines de los 60, el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) como forma prioritaria de atención de los padecimientos en los países capitalistas centrales durante el siglo XX, señala que uno de sus rasgos es-

tructurales es el *biologismo*: “Hablar del cuerpo en las sociedades occidentales contemporáneas significa referirse al saber anátomo-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna”. (Le Breton, 2002, p. 83). Esta perspectiva biologicista impregna tanto la formación profesional como la práctica médica. Tanto para De Certeau (2000, 1979) como para Henri Lefebvre (1972, 1968) y Annemarie Mol (2023), el concepto de “práctica” resulta fundamental. El primero se refiere a prácticas significantes, “maneras de hacer” dentro de un sistema de producción occidental, racionalizado, por parte de usuarios/as supuestamente condenados/as a la pasividad y la disciplina. Distingue entre estrategias y tácticas. Del lado estratégico, se trata de acciones que, gracias a la singularidad de un campo de poder, elaboran productos y discursos que buscan imponer conocimientos y símbolos. Del lado táctico, ante la ausencia de un lugar específico, se trata de acciones que, mediante formas subrepticias, buscan reapropiarse de espacios organizados por otros/as, dotándolos de sus propios intereses y reglas. Así, entre las estrategias se ubicaría la institución médica, sus conocimientos y prácticas específicas, así como sus espacios de poder. Del lado de las tácticas, podrían situarse algunos/as profesionales de los equipos de salud y sus propuestas de promoción lectora y escritural que, al no encontrarse enmarcadas en políticas de Estado y exceder las funciones tradicionalmente asignadas a las instituciones sanitarias, son pasibles de concebirse como prácticas de desplazamiento, desvío o escamoteo (De Certeau, 2000, 1979). En cuanto a Lefebvre (1972, 1968), opone el mundo de lo empírico, lo práctico, lo real al mundo de la metáfora y la filosofía, emparentado con lo ideal. Para Mol (2023), la organización material de la práctica médica da forma a la realidad de la patología. Su tesis se inscribe en la existencia de un cuerpo múltiple, resultado de las diversas maneras en que la medicina “pone en acción” sus objetos.

Los dispositivos de narración oral, escritura y lectura que se implementan en instituciones de salud pública exceden el componente biológico y pasan a integrar cuestiones de carácter cultural, económico, político y social. Se refiere al tiempo libre u ocioso con que cuentan las personas en salas de espera e internación y a la oportunidad de ofrecerles allí algún material de lectura que les permita sobrellevarlo, funcionando como medio de distracción y entretenimiento. He aquí una *concepción funcional-utilitaria* de la lectura en salud (Borquez, 2026).

También los proyectos reseñan el sentimiento de placer que puede alcanzarse en el contacto con el libro como objeto estético propiamente dicho (Soto, 2014). La lectura no obedecería allí a ninguna razón funcional, sino que se la vincularía al ámbito de lo bello, el goce y el gusto, componentes todos ellos de la teoría estética ortodoxa (Mandoki, 2006). Efectivamente, se trata de una *concepción estético-placentera* de la lectura en salud (Borquez, 2026): leer por leer, sin imperativos de ningún tipo.

Otra de las cuestiones que subrayan estos proyectos es, por un lado, la que se inscribe en una *concepción reparadora-subjetivante* (Borquez, 2026) que entiende que la lectura puede colaborar en la construcción y reconstrucción de la identidad de los seres humanos en la adversidad, ayudando a las personas a descubrirse, a pensarse y a hacerse más autoras de su vida (Petit, 2001, 2008, 2009). Desde esta perspectiva, el contacto con los libros adquiere la característica de ser terapéutico-reparador.

Por otro lado, y dentro de una *concepción democratizante-inclusiva* (Borquez, 2026), se cree que la lectura promueve el acceso equitativo a experiencias y bienes culturales, en tanto se los considera derechos humanos que, en determinados sectores de la sociedad, resultan vulnerados. En términos de Michèle Petit (2001), resulta trascendental que los libros dejen de pensarse como objetos “para otros”.

Debe destacarse que ninguna de estas cuatro concepciones suele presentarse de forma excluyente, sino que, en la mayoría de los proyectos, funcionan de manera superpuesta (Borquez, 2026).

2.2. DE LO INDIVIDUAL A LO COLECTIVO

El cuerpo biológico al que los/as profesionales de la salud destinan sus principales acciones y esfuerzos puede caracterizarse como un cuerpo individual construido, entre otros documentos, a partir de la historia clínica. Este *individualismo* constituye otro rasgo estructural del MMH (Menéndez, 2003). La medicina ha tendido históricamente a eliminar la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que inciden en la salud de las personas (Menéndez, 2003). En un extremo, puede referirse a la medicina personalizada, que propone adecuar el tratamiento médico a las características individuales de cada paciente, llegando incluso a buscar en su código genético posibles enfermedades y los fármacos que pueden contribuir a su curación (Menéndez, 2020).

En los dispositivos literarios de instituciones de salud pública suele apostarse, en cambio, a un cuerpo pensado desde la acción conjunta, un cuerpo grupal, concebido colectivamente con otros/as. Esta mirada colectiva se evidencia fundamentalmente en tres cuestiones:

1. En la forma de interpelación, quien coordina la actividad no se dirige exclusivamente a una sola persona (como en los consultorios durante el interrogatorio verbal y el examen físico), sino a diversos/as destinatarios/as para invitarlos/as a participar de las distintas acciones.
2. En el tipo de actividades propuestas: lectura en voz alta, talleres literarios, laboratorios de escritura, rincones de cuentos, representaciones a partir de un texto dado, cursos de capacitación en promoción de la lectura.
3. En cómo se acostumbra a registrar, monitorear y evaluar los proyectos: mediante crónicas en las que los/as profesionales intervinientes dejan constancia por escrito de cómo se desarrollaron las actividades, qué recepción tuvieron y si los recursos materiales resultaron óptimos. En cuanto a la evaluación, en algunas oportunidades se invita a la población asistente a formar parte de esta. En este caso, se trata de evaluaciones participativas.

Las salas de espera se transforman así de espacios históricos de paso en auténticos lugares de actuación y trabajo grupal. Las salas de internación experimentan una transformación que posibilita pensarlas no sólo como escenario de actos médicos sino también como espacios de expresión e intercambio. Si bien en estas salas suelen congregarse varias personas a la vez, habitualmente no se las concibe como parte de un colectivo mayor ni se las convoca a actividades en común. De esta forma, de un cuerpo individual objeto del dolor se pasa a un cuerpo grupal dispuesto para el disfrute de sus facultades (Traversa, 1997).

2.3. DE LO PRIVADO A LO PÚBLICO

Entendemos por “espacio público” el lugar físico abierto y accesible a todas las personas: todo aquel/la que desee formar parte de él puede hacerlo. Un espacio público es algo naturalmente fluctuante, donde las situaciones se caracterizan por su capacidad constante de redefinición (Joseph, 1988).

El espacio privado, en tanto, se entiende como un lugar físico cerrado y de acceso restringido. Históricamente, las intervenciones que llevan a cabo los/as profesionales en los centros de atención de la salud se realizan en este tipo de espacios: consultorios, salas de internación, salas de diagnóstico por imágenes y quirófanos.

Los dispositivos literarios institucionales, si bien en ocasiones hacen uso de estos espacios privados, se desarrollan fundamentalmente en espacios públicos: salas de espera, jardines hospitalarios, aulas magnas, salones de reuniones. Se produciría aquí, de alguna manera, un retorno al mundo clásico en el que las prácticas de la escritura y la lectura en voz alta se desarrollaban principalmente en jardines, porches, plazas públicas y calles urbanas, y el lanzamiento de las obras literarias se realizaba mediante una ceremonia colectiva (Ferry, 1998).

El pasaje de la utilización predominante de espacios privados a la de espacios públicos propicia una cierta salida de lo individual, lo que genera un lugar de encuentro e interacción con otros/as. Lo paradójico de este “escape” de lo individual radica en que no se produce excluyendo lo singular de cada persona, sino, en todo caso, revalorizándolo, lo que resulta central, en tanto que una característica de las organizaciones contemporáneas es haber eliminado el reconocimiento del/a otro/a como ser singular (Onocko Campos, 2004). Esta revalorización de la singularidad puede observarse, por ejemplo, en la convocatoria que algunos/as coordinadores/as realizan a las personas reunidas en una sala de espera para que relaten sus experiencias particulares con los libros y la lectura. Se trata de otorgarle “voz” a quienes históricamente han sido reducidos/as al silencio en las instituciones de salud.

2.4. DE LO DISCIPLINARIO A LO INTERDISCIPLINARIO

El pasaje de una mirada disciplinar a un modo de abordaje interdisciplinario parte del supuesto de que las situaciones son complejas y difícilmente abordables desde una sola área de conocimiento. Reconocer una problemática como compleja implica admitir que los elementos que la componen se caracterizan por ser heterogéneos, multidimensionales, interdefinibles e interdependientes (García, 2011).

Tal como se mencionó anteriormente, en la institución hospitalaria se prioriza una mirada médica, biológica y curativa sobre el cuerpo y la enfermedad. He allí su cotidianeidad, aquello que se da por supuesto, casi sin necesidad de ser dicho (Lefebvre, 1972, 1968). Constituiría esta mirada, en términos de Sousa Campos (2021), un núcleo, entendido como la aglutinación o concentración de saberes y prácticas que conforman una disciplina y una cierta identidad profesional. Diego Armus (2010) se refiere a la medicina como una profesión cada vez más especializada; Menéndez (2020), a una tendencia constante a la especialización que reduce cada vez más la posibilidad de aplicar enfoques holísticos en la tarea diaria. Le Breton (2002), por su parte, alude a una *hiperespecialización*, mientras que Nikolas Rose (2012) opta por hablar de la *molecularización* como estilo de pensamiento de la *biomedicina* contemporánea.

En cuanto a los dispositivos de narración oral, escritura y lectura literaria, puede hablarse, por el contrario, de un abordaje mediante un trabajo interdisciplinario en equipo, integrado por personas formadas en diferentes campos profesionales: médicos/as, psicólogos/as, sociólogos/as, antropólogos/as, comunicadores/as, etc. Debe señalarse que esta articulación interdisciplinaria no siempre fue posible. Mol (2023) ubica el establecimiento del derecho de las ciencias sociales a hablar sobre la atención sanitaria y la salud en la década de 1950. Armus (2010) también se refiere a un determinado momento histórico en el que la salud y la enfermedad se convirtieron en prometedores objetos de reflexión para las ciencias humanísticas.

Retomando a Sousa Campos (2021), se trataría ya no de un núcleo concentrado de poder, sino de un campo, un espacio de límites imprecisos donde se produce un intercambio dialógico entre prácticas y saberes, un trabajo integrado y articulado que habilita, en sus palabras, una reinención de las posibilidades cotidianas.

3. CONCLUSIONES

La irrupción de proyectos de promoción de la lectura, la escritura y la narración oral en espacios de salud pública genera una reconfiguración de la vida cotidiana. Su implementación por parte de los equipos de salud locales permite considerar otros rasgos a los que históricamente se atribuyen a las instituciones sanitarias. Del énfasis en las dimensiones biológicas se amplía la mirada hacia una serie de problemáticas histórico-sociales que, si bien las comprenden, también las exceden. La priorización de los padecimientos desde una mirada individual cede ante la consideración de un abordaje colectivo/grupal en el que las individualidades se encuentran contempladas, pero en un marco más amplio. De la utilización de espacios privados, restringidos y silenciosos, se pasa a la búsqueda de espacios públicos, abiertos y de fácil acceso, donde la interacción y el intercambio se convierten en protagonistas. En cuanto a la mirada anclada en lo disciplinario, se pasa a una articulación interdisciplinaria en la que se ponen en juego diversos saberes y prácticas.

En términos de estrategias y tácticas, podría afirmarse que, entre las primeras, se ubican la institución médica y sus respectivos espacios de poder. Del lado de las segundas, podrían situarse los equipos de salud y sus propuestas de promoción de la lectura y la escritura, no enmarcadas en políticas estatales y excediendo las funciones históricamente asignadas a las instituciones sanitarias. Dentro de un terreno impuesto por otros/as, desde este tipo de proyectos se actúa tácticamente, aprovechando las ocasiones y haciendo uso de ciertos márgenes de maniobra que, en cierto punto, permiten subvertir lo dado desde dentro. Puede decirse, en este sentido, que aún dentro de instituciones verticalistas y de poder concentrado, siempre le quedarán al individuo algunos espacios de libertad; siempre habrá lugar para la resistencia (De Sousa Campos, 2021).

Se cree que el contacto con los libros posibilita una mejora en las condiciones cotidianas de espera e internación. También podría afirmarse que colabora en el mejoramiento de las condiciones materiales de trabajo de los/as profesionales en tanto su organización se ve modificada por su participación en proyectos que trascienden lo asistencial-curativo. Sin dudas, se trata de concebir nuevas formas de pensar, de habitar y de sentir en los espacios de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARMUS, D. (2010). ¿Qué historia de la salud y la enfermedad? *Salud Colectiva*, 6(1), 5–10.
- BORQUEZ, M. J. (2026). *Saltar el umbral: Promoción de la lectura, la escritura y la narración oral en hospitales y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Prometeo.
- DE CERTEAU, M. (2000). *La invención de lo cotidiano. 1. Artes de hacer*. Universidad Iberoamericana. (Trabajo original publicado en 1979).
- DE SOUSA CAMPOS, G. W. (2021). *Gestión en salud: En defensa de la vida*. Edunla Cooperativa.
- FERRY, J. M., WOLTON, D., & RENAULT, A. (1998). *El nuevo espacio público*. Gedisa.
- GARCÍA, R. (2011). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1(1), 65–101.
- HELLER, A. (1985). *Historia y vida cotidiana: Aportación a la sociología socialista*. (Trabajo original publicado en 1972).
- JOSEPH, I. (1988). *El transeúnte y el espacio urbano*. Gedisa.
- LAURELL, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico-Sociales*, (19), 1–11.
- LE BRETON, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- LEFEBVRE, H. (1972). *La vida cotidiana en el mundo moderno*. Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1968).
- MANDOKI, K. (2006). *Prácticas estéticas e identidades sociales: Prosaica II*. Siglo Veintiuno Editores.
- MENÉNDEZ, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.
- (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- MOL, A. (2023). *El cuerpo múltiple: Ontología y práctica médica*. Bellaterra.
- ONOCKO CAMPOS, R. (2004). Humano, demasiado humano: Un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En H. Spinelli (Ed.), *Salud colectiva*. Lugar Editorial.
- PETIT, M. (2001). *Lecturas: Del espacio íntimo al espacio público*. Fondo de Cultura Económica.
- (2008). *Una infancia en el país de los libros*. Océano Travesía.
- (2009). *El arte de la lectura en tiempos de crisis*. Océano Travesía.
- ROSE, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPe Editorial Universitaria.
- SOTO, M. (2014). Conversaciones sobre el habitar. M. Soto (Comp.) *Habitar y narrar*. Eudeba.
- STEIMBERG, O. (2005, abril 12–15). Vida privada y géneros de la comunicación. Ponencia presentada en el VI Congreso de la Asociación Argentina de Semiótica: *Discursos críticos*, Buenos Aires, Argentina.
- TESTA, M. (1993). El hospital visto desde la cama del paciente. *Salud, Problema y Debate*, (9). http://www.altalegremia.com.ar/contenidos/El_Hospital_Mario_Testa.html
- (2020). *Pensar en salud*. Universidad Nacional de Lanús.
- TRAVERSA, O. (1997). *Cuerpos de papel: Figuraciones del cuerpo en la prensa 1918–1940*. Gedisa.

