

**CONCEPTUALIZANDO LA SALUD MENTAL EN LAS PRÁCTICAS:  
CONSIDERACIONES DESDE EL PENSAMIENTO DE LA MEDICINA  
SOCIAL/SALUD COLECTIVA LATINOAMERICANAS**

**Alicia Stolkiner<sup>1</sup>, Sara Ardila Gómez<sup>2</sup>**

Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría, 2012 ( en prensa)

**RESUMEN**

Este trabajo tiene como objetivo discutir las posibilidades de una definición de salud mental desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas, señalándose algunas líneas de articulación entre dicho pensamiento y la salud mental. Para ello se realiza una historización de dicho movimiento y se analizan las facetas de su conceptualización del proceso salud-enfermedad-cuidado, enfatizando en ello la complejidad, la perspectiva de derechos y la referencia a la vida, en contraste con la tendencia a la objetivación/medicalización. Finalmente, se ligan estas conceptualizaciones con los debates actuales del campo de la Salud Mental.

PALABRAS CLAVE: "Salud", "Salud mental", "Salud Colectiva", "Medicina Social".

**CONCEPTUALIZING MENTAL HEALTH INTO PRACTICE: CONSIDERATIONS  
FROM THE LATIN AMERICAN SOCIAL MEDICINE/COLLECTIVE HEALTH  
PERCEPCTIVE**

---

<sup>1</sup> Lic. en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Diplomada en Salud Pública (Universidad de Buenos Aires). Profesora Titular Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Profesora de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Asesora del Centro de Asistencia de Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa", Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. E-mail: [astolkiner@gmail.com](mailto:astolkiner@gmail.com)

<sup>2</sup> Psicóloga (Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá). Magister en Psicología Social Comunitaria (Universidad de Buenos Aires). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Becaria CONICET (2011-2013). Docente Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. E-mail: [saraardi@gmail.com](mailto:saraardi@gmail.com)

## ABSTRACT

The aim of this work is to discuss about the possibilities of a mental health definition from the perspective of the Latin American social medicine/collective health movement. Some relations between that movement and the mental health are pointed out. A historical analysis of that movement is presented. The conceptualizations of the health-sickness-care process are considered, emphasizing the complexity, rights perspective and the reference to life, in contrast with the objetivation/medicalization trend. Finally, these ideas are linked with the current debates on the Mental Health field.

KEY WORDS: "Health", "Mental Health", "Collective Health", "Social Medicine"

## INTRODUCCIÓN

*"La principal consecuencia del modelo propuesto es que nos pone de nuevo ante una tarea muy difícil pero posible... La de investigar en la realidad concreta qué es la salud. Descubrirla en cada caso, allí donde se la ha perdido y aparece como problema. Conocerla por referencia a la índole peculiar de los niveles de los procesos reproductivos que están en juego y buscar su síntesis mediante recursos conceptuales adecuados"*

Juan Samaja (2004) (1)

Comenzamos este escrito con el epígrafe de Juan Samaja porque refleja adecuadamente su objetivo. Es decir, que no intentaremos arribar o proponer una

definición de salud mental sino cuestionar incluso su necesidad, oponiéndonos a su ontologización y/o su generalización, para adentrarnos en el análisis de los conceptos que forman parte de las prácticas.

Cuando en nuestro campo se debate sobre el concepto de salud mental suele considerarse que la complejidad, o el obstáculo epistemológico, residen en la cuestión de lo “mental”, desconociendo que lo enmarcan profundos debates sobre la noción misma de salud. Éstos han sido de particular riqueza en el pensamiento médico-social/ salud colectiva latinoamericanos, en los que centraremos este trabajo.

Haremos este recorrido considerando que el campo de la Salud Mental es un subcampo dentro del de la Salud en general, pero que se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologista-individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas que develan, más claramente que en el campo de la Salud en general, la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas. Como lo afirmamos en alguna oportunidad: el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida (2). En este trabajo trataremos de desarrollar los fundamentos de esta afirmación, basándonos en una corriente de pensamiento latinoamericana que reconocemos como referente.

Es necesario aclarar, además, que las corrientes y tendencias del campo de la Salud en general suelen ser consideradas e historizadas como específicas cuando se analiza la salud mental. Tal es el caso del Higienismo, del enfoque técnico de Salud Pública y la Salud Comunitaria, del Preventivismo, etc. Todas ellas son propuestas políticas y técnicas que forman parte de complejas articulaciones entre el Estado, lo social y las políticas en salud, que se manifestaron en el campo de la Salud Mental de manera particular, como lo planteamos en otra oportunidad (3).

Por otro lado, renunciaremos a la idea de que, en primer lugar, se enuncia el concepto y de tal enunciación, luego, devienen sus “aplicaciones”. La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales y sólo por razones metódicas es disociable de ellas (4). El discurso científico o disciplinario es una de sus formas, pero no la única. Al respecto vale citar a Canguilhem (5): ...“La

historia de las ideas no es necesariamente congruente con la historia de las ciencias. Pero como los científicos desarrollan su vida de hombres en un medio ambiente y en un entorno no exclusivamente de científicos, la historia de las ciencias no puede dejar de lado la historia de las ideas. Aplicando a una tesis su propia conclusión podríamos decir que las deformaciones que ella experimenta en el medio ambiente cultural *pueden relevar su significado esencial*" (el resaltado es nuestro). El mismo autor (6) se encarga de recordarnos que la salud es básicamente un concepto vulgar: "Hagamos más drástico el enunciado kantiano: no hay ciencia de la salud. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente al alcance de todos" (pág. 52). Este autor termina afirmando que la salud "es también la vida en la discreción de las relaciones sociales" (pág. 61).

## **RAÍCES: PENSAMIENTO Y ACCIÓN – LA MEDICINA SOCIAL Y LA SALUD COLECTIVA EN AMÉRICA LATINA**

*"Es a través de lo colectivo, de lo público, la forma como se transforma y se "cientifica" el pensamiento sobre la sociedad y sus espacios, entre ellos el de salud"*

Mario Testa (1997, pág 33) (7)

Habiendo afirmado que no es posible separar el pensamiento de las condiciones de su producción y que, dentro de ello, no es dado escindirlo de sujetos y movimientos o fuerzas sociales, haremos una breve introducción al recorrido del pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos, cuyas conceptualizaciones de salud y prácticas abordaremos.

Esta corriente ha adquirido formas institucionales diversas, ha sido sustento de la implementación de políticas (el caso de Brasil es un ejemplo) y ha funcionado como una red informal de personas, núcleos académicos y movimientos. Sus límites y fronteras no son nítidos, salvo en algunos postulados centrales. Desarrollada desde los 70, ha tenido también cambios y transformaciones conceptuales. Se constituyó

en el tumultuoso período que va desde la crisis global de esa época hasta la actual. Se fue generando en el transcurso de una transformación global de la economía y la geopolítica mundial durante la cual se sucedieron en América Latina dictaduras militares, movimientos de resistencia, una “década perdida” en el desarrollo (los 80), las reformas neoliberales con las crisis del endeudamiento, la emergencia de nuevos movimientos sociales y la aparición de un reordenamiento regional junto con gobiernos de postulados neokeynesianos de diversa índole. Coincidió, a nivel mundial, con la crisis de eficacia de la Salud Pública tradicional por su imposibilidad de dar respuesta a los problemas que se generaban en los colectivos humanos, con la mercantilización extrema de la salud tanto por la apropiación con fines financieros privados de los fondos sociales destinados a ella como por el desarrollo fenomenal de las industria químico farmacéutica y de aparatología médica, y con el avance y reformulación de la medicalización de la vida.

Resulta necesario señalar que no estamos hablando de una “escuela” de tipo académico sino de una corriente con diferencias y tendencias internas en proceso constante de construcción conceptual y práctica. Su configuración ha sido atravesada por tendencias contemporáneas en la producción de pensamiento como los marxismos de la época<sup>3</sup>, la revisión de los principios de la modernidad y el debate sobre los posmodernismos, la crisis del paradigma científico objetivista, el pos-estructuralismo, el “giro hermenéutico” de las ciencias sociales, la semiótica, las diversas teorizaciones de la complejidad, y el debate sobre la cuestión del sujeto, por citar algunas. En los últimos tiempos incorpora categorías propias de la tradición cultural precolombina como el concepto de “buen vivir” o el de “derechos de la naturaleza”. También es un aspecto poco conceptualizado la aparición en sus discursos de la categoría “vida”, en lo que podríamos denominar un “neo-vitalismo” desprendido de su raíz idealista.

Las distintas herramientas teóricas han confluído con una interlocución crítica constante con los discursos y propuestas de algunos organismos internacionales, tal el caso de la OMS/OPS en las propuestas de Atención Primaria de la Salud,

---

<sup>3</sup> En los 80 Jaime Breilh (8) señalaba la existencia en el pensamiento médico-social latinoamericano de diversas corrientes marxistas: “objetivo-económica”, “humanista”, “filosofía de la praxis” y “epistemológica-althusseriana. El uso del término “los marxismos” se justifica más aún por la proliferación de corrientes dentro de este pensamiento al final del siglo XX (9).

Promoción Social en Salud, Nueva Salud Pública o estudio de los Determinantes Sociales en Salud.

Lo anterior da cuenta de que la corriente médico-social/salud colectiva amalgamó de manera sincrética o crítica muchos autores y postulados de Europa, Estados Unidos y de los discursos sobre la salud de la OMS/OPS. De ello resultaron diferencias epistemológicas y prácticas con el paradigma de la Salud Pública tecnocrática, con el Modelo Preventivista y con la Medicina Comunitaria, cuyos discursos también habían tenido presencia en las acciones en salud en el subcontinente y que a su vez se incorporaron al campo de la Salud Mental.

Uno de los fundadores de esta corriente, Juan César García (10), recuerda que el término “medicina social” nació en el mismo año que los grandes movimientos revolucionarios europeos de finales del siglo XIX (1848). Entonces, Jules Guérin y Rudolf Virchow lo utilizaron en revistas que apoyaban claramente tales movimientos. Su sentido inicial refería a la relación entre la enfermedad y los “problemas sociales”, y la responsabilidad del Estado en relación a ello, marcando claramente el carácter político, con potencialidad transformadora y libertaria, de la medicina. “El movimiento europeo de la Medicina Social (...) reconocía que la participación política generadora de democracia, fraternidad e igualdad era la principal fuerza para transformar la situación de salud de la población. Así, la propuesta de Virchow consistía en una reforma social radical que, en términos generales, comprendía *“democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad.”* (11)

Reapareció luego de la Segunda Guerra Mundial en Europa, adecuándose a la consolidación de los Estados Sociales o de Bienestar de la posguerra; pero no tuvo la misma evolución en los Estados Unidos, donde el macartismo le puso tope. En ese período se desarrolló allí la Medicina Preventiva, que si bien incluyó científicos sociales en el campo de la Salud, lo hizo fundamentalmente al amparo de la hegemonía de las ciencias sociales positivistas (10) inicialmente denominadas “ciencias del comportamiento”.

La entrada en América Latina de la Medicina Preventiva y de la Salud Pública como parte de la propuesta desarrollista, no obstante, influyó en la aparición de la Medicina Social Latinoamericana. La introducción a principios de los 60 de las “ciencias sociales asociadas a la salud”, bajo el impulso de algunos organismos

internacionales (OPS, Fundación Milbank, entre otros) confluyó con un período de crisis, movilización social y movimientos revolucionarios, generándose las condiciones para una crítica cultural a los paradigmas hegemónicos, que incluyó una revisión de las ciencias sociales utilizadas por la Salud Pública y el Preventivismo, de orientación fundamentalmente positivista o estructural funcionalista (10). Estas fueron consideradas insuficientes para dar cuenta de la problemática de América Latina, en donde se habían profundizado las brechas de inequidad durante ese modelo de crecimiento. En tal escenario se produjo la ruptura y diferenciación de la Medicina Social con respecto a la Salud Pública y la Medicina Preventiva.

Esta ruptura no se dirigía a generar un nuevo campo disciplinario, sino a establecer un núcleo de principios sobre los cuales podría elaborarse un cuerpo o marco teórico central con aportes de distintos campos disciplinarios. Para nominarlo se volvió sobre Guérin y Virchow rescatando, con nuevos sentidos, el término “medicina social”. En el documento base de la reunión fundacional de Cuenca en 1972 ya se planteaba la necesidad de relacionar el concepto de salud con los modos de producción y las formaciones socioeconómicas, así como la relación entre la conceptualización de salud y la organización de las acciones en salud (12).

Esta corriente reformuló el enfoque teórico-metodológico de los colectivos que estudia. A diferencia de la Salud Pública que construye la población a partir de la suma de características de individuos, la Medicina Social considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen. Por lo tanto, define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. (13)

Diversos núcleos académicos y de investigación surgidos entre finales de los 60 y principios de los 70, comenzaron a constituir nodos de desarrollo y expansión de la idea. La búsqueda de teoría para construir las categorías de análisis social y la crítica a los modelos positivistas y estructural-funcionalistas, junto con las tendencias políticas radicales de la época, favorecieron que el marxismo, en sus distintas vertientes, fuera un referente en la construcción conceptual de ese período. Las categorías proceso de producción y reproducción social y clase social fueron herramientas centrales de sus postulados e investigaciones.

En Brasil este movimiento abonó el desarrollo singular del movimiento de Salud Colectiva que comenzó en la resistencia a la dictadura militar y culminó con la reforma sanitaria y la creación del Sistema Único de Salud, ya en democracia (14). Excede los límites de este trabajo exponer la riqueza y complejidad de articulación entre movimiento político, producción académica, movimiento social y generación de pensamiento, que es la matriz de la Salud Colectiva (14, 15); así como sus relaciones con la Medicina Social Latinoamericana, algunos de cuyos protagonistas lo son simultáneamente de ambos espacios, al extremo de indiferenciarlos, lo que permite nombrarlos conjuntamente. También resulta escaso el espacio para mostrar la asimilación de algunos autores europeos, como Michel Foucault<sup>4</sup> y Giovanni Berlinger, entre otros.

Durante los 90, con el advenimiento de las reformas neoliberales, esta corriente de pensamiento se centró en su análisis crítico y en la generación de propuestas que revirtieran el proceso de mercantilización de la salud y la profundización de la inequidad. Se incorporaron también aportes de los debates de las ciencias sociales del período y de nuevos actores sociales (un ejemplo sería el “trasvasamiento” de producciones y discursos con el Foro Social Mundial). Los derechos de ciudadanía, la cuestión del Estado y políticas sociales, las categorías de género o de pertenencia cultural-étnica, las problemáticas de la subjetividad, los debates sobre crisis y nuevos paradigmas en el campo del conocimiento científico, así como nuevos objetos complejos como la violencia, se incorporaron a los discursos y estudios del campo.

Los enlaces de estas corrientes con la salud mental fueron múltiples. De hecho, la tendencia ha sido a la configuración de discursos compartidos y prácticas integradoras. (16, 17)

Si algo caracteriza la producción del pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos es la confluencia entre densidad teórica y eficacia pragmática, la articulación entre producción académica rigurosa, práctica política y herramientas de gestión. La raíz de su pensamiento está en esta particular configuración del campo.

---

<sup>4</sup> M. Foucault dictó en Río de Janeiro en 1973 un ciclo de conferencias reunidas bajo el título “La Verdad y Las Formas Jurídicas” y su pensamiento fue rápidamente incorporado en la amalgama del período.



Desde su nacimiento, esta línea de pensamiento abrió un debate epistemológico sobre la salud. La Epidemiología Crítica, una de sus ramas, se centró en ello, dado que era -por definición- su objeto. Por sus consecuencias prácticas en el proceso actual de medicalización, señalaremos como uno de sus aportes fundamentales su cuestionamiento al concepto de “riesgo” en epidemiología.

En esa búsqueda epistemológica se revisaron críticamente los modelos de pensamiento causalistas lineales como los dualistas dicotómicos (salud-enfermedad, individual-social, biológico-mental), incorporando la idea de proceso como posibilidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno.

Destacaremos que el pensamiento médico social/salud colectiva no constituyen una “escuela” a la que se le pueda reconocer un “canon” o un “maestro” único al que referenciar. Su multiplicidad de voces y autores contiene tendencias y diversidades. No construye una definición unívoca de salud y sería antagónico con sus postulados hacerlo. No obstante se pueden señalar lineamientos y rupturas orientadoras, sabiendo que la borrosidad de los límites del campo nos impide considerarlas únicas. En el punto siguiente haremos una aproximación a ellas a fin de abrir algunos interrogantes y destacar articulaciones con la salud mental. Para ser coherentes con la corriente que analizamos, debemos aclarar que buena parte de lo que expondremos es la lectura o interpretación particular de quienes elaboran este texto.

## **DE LA SALUD COMO ESTADO AL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO.**

*“...resulta que no estamos ante un concepto médico o biológico, sino en presencia de un concepto que en lo médico y biológico, es la expresión de una concepción global del mundo”*

Alberto Vasco U. (1987) (18)

*“Las categorías que dan cuenta de los problemas deben definirse para cada situación concreta”*

Mario Testa (1990) (19)

En su creación, durante la posguerra, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad”. Se trataba de un enunciado de principios y político destinado a ligar la salud a la responsabilidad de los Estados que, mancomunadamente, debían promover su desarrollo. Pese a la necesaria lectura crítica que requiere, merece el reconocimiento de haber planteado una definición “positiva” (en el sentido matemático del término) de la salud que no la equiparaba a la simple negatividad de la enfermedad, haber señalado que en ella intervenían componentes “sociales” y “psíquicos”, y haber abierto las puertas a que, en 1978, la Declaración de Alma-Ata la completara al considerarla un derecho humano fundamental, que requiere de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud. (20)

No obstante, fue tomada como definición teórica y consensual, mientras -por otro lado- las prácticas de atención a la enfermedad se establecían como lo que Eduardo Menéndez, autor del campo médico social/salud colectiva, denominaría “Modelo Médico Hegemónico” y posteriormente “bio-medicina” (21). Entre los 40 y los 50 la medicina científica occidental había demostrado su capacidad curativa al enfrentar con éxito las enfermedades infecciosas con antibióticos, quimioterapias y vacunas, generando así una “eficacia simbólica” (22) soporte representacional de su hegemonía.

Este modelo tendría como características estructurales el biologismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrada en la enfermedad. También eran sus características la mercantilización, su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas, la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana y la relación asimétrica de poder entre sus actores (profesional-paciente, tecnócrata salubrista-población) (23).

Este es el modelo que comienza a ser cuestionado en la década del 60 ante la “crisis de la medicina”<sup>5</sup>, cuyas raíces se ligan con los orígenes mismos de la medicina moderna, pero que se evidenció ya en la segunda mitad del siglo XX por la manifestación de dos fenómenos contradictorios: el avance tecnológico en la lucha contra las enfermedades y el estancamiento simultáneo de sus beneficios posibles en las poblaciones. (24). A nivel de la Salud Pública se la suele mencionar como la “triple crisis del modelo”: crisis de costo, de eficacia y de accesibilidad (22). Su “eficacia simbólica” comenzó a fisurarse ante el reconocimiento de los efectos iatrogénicos o los daños que acompañaban el progreso de las ciencias médicas, a lo que habría que agregar una crisis de legitimidad porque desde la perspectiva de los sujetos, los servicios de salud, públicos o privados, con raras excepciones, resultaban adecuados para resolver los problemas de salud tanto en el plano singular como en el colectivo (25).

Probablemente esta crisis fuera el correlato en el campo de la medicina del resquebrajamiento de la confianza en la ciencia y en el progreso indefinido basado en ella, puntales del pensamiento occidental moderno, como parte de la crisis de la modernidad occidental. Agregaremos que la modernidad occidental habría adquirido formas particulares en América Latina no homologables a la de los “países centrales”.

Desde sus inicios, el pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericano problematizó la concepción de salud (y por ende de enfermedad) inherente a las prácticas hegemónicas. Comenzó cuestionando las categorías sociales utilizadas hasta el momento para incorporar “lo social” y, simultáneamente dejó de considerar la salud-enfermedad como estados antagónicos, para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual, de la salud-enfermedad. Al respecto afirmaba Cristina Laurell (26): “lo específicamente nuevo que ha surgido de la problematización de la salud-enfermedad en cuanto proceso social, es plantear el nexo bio-psíquico como la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado”. De esta manera, también se rompía con la

---

<sup>5</sup> La obra del teórico austríaco Ivan Illich “La Némesis Médica” a mediados de los 70 muestra la crítica más radical, la de la “anti-medicina”, proponiendo prácticamente el dismantelamiento de sus formas instituidas. Con él polemiza Foucault en el texto citado.

reducción biológica y con la dualidad individuo-sociedad, considerados ya no objetos diversos sino niveles de análisis distintos de un fenómeno de alta complejidad. Uno de los aportes de la Epidemiología Crítica en su origen fue el estudio de la relación entre proceso de trabajo y salud, centrándose en el modo de producción capitalista.

En este esquema el concepto de “reproducción de la conciencia y la conducta”, planteado en sus inicios, fue reemplazado por el de “subjetividad” abriendo el debate sobre esta categoría y, simultáneamente, eliminando la dicotomía mente-cuerpo. Siguiendo a G. Canguilhem (6): ... “la definición de salud que incluye la referencia de la vida orgánica al placer y al dolor experimentados como tales, introduce subrepticamente el concepto de *cuerpo subjetivo* en la definición de un estado que el discurso médico cree poder describir en tercera *persona*”.

Los diversos modos de respuesta social a la enfermedad también fueron incorporados como parte inherente al proceso mismo. Se rompió con la idea de una historia “natural” de la enfermedad planteando que era imposible abordar el curso de los procesos de salud-enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de “respuesta social” eran también fuerzas productoras del mismo en sus dimensiones concretas y simbólicas. Inicialmente se utilizó el término “proceso de salud-enfermedad-atención” más recientemente reemplazado por “salud-enfermedad-cuidado”. El “cuidado” tendría una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”, al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas (20) y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos, a lo que E. Menéndez (21) denomina “auto-atención”. Algunos de sus autores llegan a plantear que el objeto del campo de la Salud es el cuidado, que debiera constituirse en el “alma de los servicios de salud” (25) siendo la cura y la promoción o protección sus objetivos.

Nos detendremos a señalar que en estos movimientos sucesivos se va produciendo un pensamiento no causalista ni dicotómico que hace eje central en la complejidad. Para ello apela a referentes diversos, no necesariamente coincidentes, entre ellos el

abordaje interdisciplinario de sistemas complejos de Rolando García o la teoría de la complejidad de Edgar Morin, además de autores de las “ciencias duras”.

En este campo de producción de pensamiento se ha renunciado a los modelos mecanicistas, a la idea de salud como “normalidad”, se ha tratado de separar las connotaciones morales que acompañan los procesos mórbidos como parte de la función reguladora social de la medicina, e inclusive se ha definido la enfermedad como “crisis y oportunidad” (27); no obstante, salvo de manera heurística, no se arriba a una definición estática del objeto “salud”. Según Almeida Filho y Silva Paim (28) este “intrigante punto ciego, objeto-modelo potencial de una nueva definición de la salud en sociedades concretas” es el desafío más crucial de las bases epistemológicas del pensamiento médico social/salud colectiva. Probablemente porque, una vez embarcada en el salto epistemológico, esta corriente definitivamente problematiza -de allí la cita de Mario Testa (19) que colocamos en el epígrafe- la función y lugar de los conceptos en la producción de conocimiento y saber.

Quizás debiéramos retomar la afirmación de G. Canguilhem (6) citada con anterioridad de que “salud es un concepto vulgar” para relacionarla con la articulación entre ciencia y “sentido común” que plantea Boaventura de Sousa Santos (29) desde una perspectiva emancipatoria.

Hemos desarrollado someramente las tendencias que circunscriben la posibilidad/imposibilidad de definir salud desde esta perspectiva. A los fines de arribar a sus entrecruzamientos con salud mental nos interesa remarcar dos aspectos que aparecen permanentemente en las conceptualizaciones de esta corriente: la incorporación de los derechos como parte inherente no sólo de los principios sino de las propuestas políticas y técnicas, y la referencia a la vida.

## **LA SALUD COMO VALOR SOCIAL, EL ENFOQUE DE DERECHOS**

*....”Al respecto recordemos el problema que se planteó el positivismo: ¿cuál es el lugar de los valores en el mundo de los hechos? El mundo es un mundo de hechos. ¿Cómo surgen los valores? Putnam da vuelta el problema*

*y pregunta: ¿Cuál es el lugar de los hechos en un mundo de valores? Porque el mundo en el cual actuamos es un mundo de valores.*

Rolando García (2006) (30)

Como muestra de que una definición lejos de reducirse a un debate intelectual, contiene indeclinables consecuencias políticas, los países que no adhirieron al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales (PIDESC) que enunció la ONU en 1966 (uno de ellos fue los EE.UU.), se fundamentaron, en relación a la salud, en la inexistencia de una definición operacional de ella que permitiera *medir* o *ponderar* su estado en un individuo o comunidad a fin de establecer a qué tienen derecho los ciudadanos (31, el resaltado es nuestro).

Trataremos de desarrollar que, desde la corriente médico social/salud colectiva, la idea de “derecho a la salud” se comprende en el marco de una integralidad de derechos y una conceptualización procesual de la salud-enfermedad-cuidado. Así, el derecho a la salud, que siempre fue uno de sus postulados centrales, se incorpora en un marco en el que “la salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial del derecho a la vida, y con tener satisfechas necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos” (32).

El debate sobre derechos de ciudadanía y sus formas de concreción fue intrínseco a la producción del pensamiento médico-social/salud colectiva y conllevó una profundización teórica sobre el Estado, que adquirió particular relevancia en el período de reformas neoliberales, cuya implementación requería un desmantelamiento de los derechos sociales generados durante los Estados de Bienestar.

El pensamiento médico social/ salud colectiva en sus prácticas, sostuvo permanentemente la defensa de la salud como área que debía preservarse de su sometimiento a las leyes de mercado, analizando las formas en que el proceso de mercantilización antagonizaba con la vigencia de derechos sociales universales durante la implementación de las políticas fundadas en el pensamiento neoclásico

(33). En la mayoría de los países de América Latina se habían desarrollado fuertes sistemas estatales de protección social que coexistían, a diferencia de los Estados sociales europeos, con bajos niveles de democratización fragilizando la constitución de los Estados nacionales. Estados que Sonia Fleury (34) nominaría como “Estados sin ciudadanos”, con dificultad para preservar los derechos, los fondos y los recursos de esos sistemas, del avance de las reformas neoliberales.

Como un componente más de este debate, la implementación del Terror de Estado en el subcontinente fue un medio para el logro del orden social necesario para las reformas pro-mercado y tuvo como respuesta la aparición de movimientos sociales cuya consigna fundamental y reivindicación específica eran los derechos humanos, promoviendo nuevas producciones de sentido y prácticas. “Es posible afirmar que estos movimientos locales e internacionales de resistencia a las dictaduras del Cono Sur de América generaron una nueva configuración de la praxis de los derechos humanos no sólo en la región sino a nivel mundial” (35). Lejos de circunscribirse a su acción específica, sus modalidades discursivos y efectos se extendieron al conjunto social. Volveremos sobre ello al abordar lo específico de la salud mental, dado que es un eje central de las reformas en el área y diversas organizaciones de derechos humanos se han incorporado como nuevos actores en ellas.

El discurso de los Derechos Humanos no es unívoco. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en la posguerra (1949) se produjo en un mundo bipolar donde antagonizaban dos modelos de organización societal y se convirtió en uno de los recursos discursivos del bloque capitalista occidental en su accionar político y militar. De sus dos polos posibles -el uno con eje central en los derechos civiles y políticos individuales y el otro en los derechos colectivos y sociales- se sostuvo como discurso fundamental el primero.

Sucede que en la misma raíz de la conceptualización de Derechos Humanos subyacen concepciones distintas y potencialmente contradictorias. Una de ellas se construye sobre una concepción “universal” abstracta de lo humano, su sujeto sería el *individuo* capaz de ejercer la libertad por medio de la razón y cuya autonomía debiera ser resguardada básicamente de la injerencia de los gobiernos y de los posibles daños a su integridad y propiedad por parte de los semejantes. En su origen, ligado al de los Estados modernos, esta conceptualización de derechos

generó por su propia necesidad las “excepciones”. Formaba parte de las ideas de aquellos que constituyeron el mundo moderno y conllevaba la posibilidad de la exclusión de algunas “formas humanas”, a pesar del discurso de la universalidad. Quedaron así exceptuados los “distintos” que no respondían al modelo de occidental, varón, adulto y burgués-propietario que gestó la idea (35). Agregaríamos, adelantando al punto de la salud mental, que los “locos”, privados de la razón necesaria para el ejercicio de la libertad fueron parte de las excepciones, junto con las mujeres, los niños, los pueblos colonizados, los asistidos por la lógica filantrópica y los diversos en general.

Pero el constructo “derechos humanos” tuvo en su desarrollo otras derivaciones, vinculadas a las transformaciones sociales de los *well-fare* y, básicamente, a la forma en que le imprimieron nuevos actores con prácticas tendientes a incorporar a los originalmente excluidos y a modificar las definiciones subyacentes de sujeto (36).

Si bien es discutible la idea de “generaciones de derechos”, hay un cierto consenso en considerar los derechos “económicos, sociales y culturales” como una segunda generación, producida básicamente en el marco del conflicto entre capital y trabajo, y en agregar una tercera generación de derechos “colectivos y difusos” entre los que figuran, inclusive, los de las generaciones futuras a recibir un ambiente habitable. En estos dos últimos su sujeto ya no es el individuo sino los colectivos humanos. Hablar hoy de derechos humanos trasciende su manifestación como orden jurídico, para ubicarlos en el lugar de una “idea-fuerza” (35) capaz de convocar la potencia de actores o agentes en el devenir social.

Finalmente, resulta necesario señalar que un debate inclusivo sobre los derechos humanos debería sostenerse en diálogos necesarios entre distintas culturas a fin de no transformar sus enunciados en una “universalización” cultural occidental dominante (37). De hecho, en América Latina una conceptualización de los pueblos originarios se incorporó como enunciado en las constituciones de dos países, Bolivia y Ecuador. Se trata del “buen vivir” (“Sumak Kawsay”) que implica la armonía en el proceso de configuración social entre los humanos entre sí y con la naturaleza, se trata de un concepto irreductible a los logros o acumulaciones individuales y antagónico con la lógica moderna de dominio de la naturaleza como recurso.



Todos estos enunciados de derechos han sido objeto desde el último cuarto del siglo XX, de sucesivos acuerdos y declaraciones internacionales, y a la vez han sido violados de manera masiva. Podríamos afirmar que en ello se manifiesta de manera concreta el antagonismo central de nuestra época entre objetivación y subjetivación (38), producido en un movimiento en el que prácticamente todos los componentes indispensables para la vida, la naturaleza y los seres humanos vivos inclusive, adquieren “condición mercantil” (39), siendo subordinados a la lógica de la acumulación.

En este marco general se encuadra el debate sobre el derecho a la salud. En relación al mismo existen distintas posiciones en las que subyacen postulados filosóficos y propuestas diversas.

Desde una posición liberal extrema, que coincide con una definición biológica e individual de la salud-enfermedad, se alega que tal derecho no es posible porque dependería básicamente de la “lotería natural” y por ende no generaría ninguna obligación contractual social. También hay quienes plantean que en el “derecho a la atención en salud” se debería garantizar un mínimo para el conjunto y dejar librado a la posibilidad de proveerse en el mercado el resto de las posibilidades de atención. En el pensamiento médico social/salud colectiva, el reconocimiento del derecho a la salud se basa en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, en la que se fundamentan sistemas de acceso universal. En su crítica a la distinción entre “servicios esenciales” -garantizados por el Estado- y “discrecionales” -que cada individuo o grupo familiar debía proveerse en el mercado según sus posibilidades- en los que se dividían las prestaciones en la propuesta del Banco Mundial, Cristina Laurell (33) afirmaba: “las libertades y derechos de los ciudadanos, principios fundantes de las sociedades modernas, tienen carácter público con independencia de que se ejerzan o gocen individualmente, porque representan valores éticos compartidos y prioridades sociales democráticamente fijadas (...) Dado que la salud concierne directamente la preservación de la vida y el desarrollo de capacidades humanas se puede además sostener que es una necesidad humana básica en sentido estricto. Por ello, todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad; derecho que sólo puede ser garantizado mediante la

acción pública, particularmente en las sociedades marcadas por profundas desigualdades, como lo son las latinoamericanas”.

Aunque este derecho implica la garantía del acceso a los cuidados simultáneamente incluye también *el derecho a la no medicalización de la vida*. (38) La medicalización es inherente a la mercantilización de la salud y una faceta de la biopolítica como abordaremos en el punto siguiente.

## **LA SALUD COMO ACTO VITAL EN LA ERA DEL BIPODER: NEOBIOLOGISMO Y MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA VS “CONCEPTUALIZACIÓN INTEGRAL”**

*El vitalismo es el rechazo de dos interpretaciones metafísicas de las causas de los fenómenos orgánicos: el animismo y el mecanicismo...es simplemente el reconocimiento de la originalidad del hecho vital (...)*

G. Canguilhem (1971) (5)

En muchos textos de esta corriente hay una fuerte referencia a la vida en sus definiciones y postulados. Aparece la vida como derecho, como valor y como forma original irreductible a una objetivación absoluta o a un abordaje exclusivo desde la racionalidad instrumental.

Resuena en ello un eco de las corrientes vitalistas que, al igual que el romanticismo que articuló con el psicoanálisis, fueron tendencias alternas a la hegemonía del pensamiento cientificista-positivista (40). Por otro lado, esta referencia constante a la vida adquiere sentido político si se piensa que son las formas de vida misma las que han sido subsumidas a la economía e incorporadas a mecanismos complejos de poder. Michel Foucault (41) introduce la categoría biopoder como “el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder”. Este concepto excede en mucho las prácticas médicas y abarca la concepción misma de lo social: (...) “la censura fundamental que divide el ámbito biopolítico es la existente entre *pueblo y población*,

que consiste en hacer surgir en el seno mismo del pueblo una población, es decir, en transformar un cuerpo esencialmente político en un cuerpo esencialmente biológico” (42). La biopolítica es simultáneamente un dispositivo configurador de lo social, de los cuerpos y de la subjetividad (43).

La medicalización, como concreción de la biopolítica en el campo de la Salud, es la tendencia creciente a subordinar al discurso y la normatividad médico científica o disciplinaria todas las esferas de la vida. Este hecho se refuerza por el proceso de mercantilización que, cierra un circuito virtuoso al colocar la vida como objeto mercantil (44). Debido a ello, la construcción social de los problemas de salud está siendo reemplazada por la construcción corporativa de la enfermedad, lo que algunos autores denominan creación de enfermedades o “*disease mongering*” un proceso complejo que incluye desde generación de lenguajes hasta estrategias de mercado (45). A su vez la salud se transforma en un imperativo, una nueva “moral de lo cotidiano” que pasa por el control del cuerpo y de los hábitos, proponiéndose como la “utopía de la época” (46).

El desarrollo de las ciencias, entre ellas la genética y la biología molecular, es utilizado para la construcción de discursos neo-biologista que, una vez más, tienden a reducir la enfermedad a la unicausalidad o priorizan arbitrariamente una causa específica. Se trata de discursos que forman parte de prácticas concretas ligadas a las necesidades de expansión de mercados y al cuidado de la rentabilidad del aseguramiento en salud, entre otros fenómenos.

Destacaremos entre ellos dos tendencias, que interesan a los fines de la salud mental: el enunciado “enfermedad genética” y la creación de una nueva categoría de enfermos: los “pre-sintomáticos”.

En el caso de las “enfermedades genéticas” se comienza por reducir la complejidad a la unicausalidad y se finaliza reificando la enfermedad misma -a partir de su riesgo estadístico genético-, pese a la ausencia de todo síntoma evidente. La genética así es seleccionada como la causa primordial, desdibujando todos los factores que confluyen con ella. Señalaremos que la “enfermedad genética” es factible de quedar fuera de los seguros privados de salud por “pre-existencia” y favorece los procesos de “selección adversa”.

En las “pre-sintomáticas” no se aspira al diagnóstico temprano de una enfermedad *existente* (la prevención secundaria de mediados del siglo XX), sino que se propone una terapéutica actual para una enfermedad que el sujeto “*podría llegar a tener*” o “*corre riesgo de padecer*” (46). El caso más discutido en salud mental es la aparición en el próximo DSM V (Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos en su quinta edición) del “síndrome de riesgo de psicosis” cuya vaguedad no obstaculizaría que se medique con antipsicóticos a una gama importante de personas, especialmente jóvenes, sin ponderar su eficacia real o los riesgos que los efectos de tales fármacos conllevan.

Finalmente los procesos inherentes a la vida misma -malestares, padecimientos, singularidades que escapan de las normas, etc.- son nominados como enfermedades y frecuentemente sometidos a “cura” farmacológica. Otro ejemplo del DSM V es la medicalización del duelo normal que habilita a prescribir psicofármacos ante manifestaciones de dolor que persisten más de 30 días después de la pérdida, por ejemplo, de un ser querido.

En oposición a esto, el pensamiento médico social/salud colectiva pone en escena la vida y la subjetividad en el sentido social y singular, tal como hemos tratado de mostrar en los puntos anteriores. Además de ello, una de sus herramientas para deconstruir estos discursos es la crítica al concepto de “riesgo” tal como el mismo aparece en la Epidemiología Clásica, que construye sujetos y poblaciones “abstractas” y ontologiza los cuadros patológicos. (47)

Los postulados sobre salud-enfermedad-cuidado de la corriente médico social/salud colectiva llevan indefectiblemente a desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y a cuestionar la práctica médica centrada en las patologías individuales. Se propone, entonces, una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Práctica que se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinabilidad (48).

La medicalización de la vida tiene particular desarrollo en el campo de la Salud Mental, debido a sus configuraciones específicas.

## EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN ESTE ESCENARIO

.... “No existen mecanismos biológicos accesibles al conocimiento sin un sujeto que los expresa e interpreta y una relación con otro que los valora y construye teorías explicativas. La confusión consiste en la pretensión de que el discurso de la neurobiología es ya integrador de los tres niveles”...

Emiliano Galende (2006, pag. 97) (49)

“No podemos cambiar el mundo pero sí el precio que pagamos por observarlo.... Alplax disminuye la vulnerabilidad ante el stress”

Laboratorios Gador (propaganda de ansiolítico) 2003 (50)

Las transformaciones y reformas en el campo de la Salud Mental han tenido puntos de confluencia y articulaciones rizomáticas con la medicina social/salud colectiva, pese a haber transitado, muchas veces, caminos paralelos con postulados o cuestionamientos similares (51). Esto porque de la mano de las propuestas de Salud Pública -y en consecuencia de la crítica a las mismas- se han producido sus equivalentes en el campo de la Salud Mental, desarrollándose, por ejemplo, los discursos de la *Higiene Mental*, de la *Prevención en Salud Mental*, o de la *Atención Primaria en Salud Mental*.

Bertolote (52) señala que con el nacimiento de la OMS y su configuración como organismo internacional técnico-político en materia de salud, surge inmediatamente y como parte del mismo un comité de expertos en salud mental cuya tendencia fue la de buscar fomentar tanto la atención comunitaria de aquellos que tradicionalmente habían sido el objeto del campo (los “locos”), así como ampliar las acciones a la comunidad desde una perspectiva y organización *preventiva*.

De este modo, las políticas en Salud Mental, nacidas en la posguerra en el marco de los Estados de bienestar, generaron formas de atención ambulatoria y comunitaria como alternativa o modernización del modelo asilar-manicomial que fueron tomadas

como referencia en América Latina. También lo son los postulados de la OMS/OPS cuyo énfasis en los modelos comunitarios de salud mental comenzó en la segunda mitad del siglo XX y que han acentuado su abogacía por las reformas desde principios del siglo XXI (53, 54). Sucede que en el campo de la Salud Mental persisten en el siglo XXI formas institucionales de respuesta a la problemática de la locura propias del siglo XIX: las instituciones asilares manicomiales. Éstas coexisten -como capas geológicas-, con las formas actuales del proceso de medicalización extrema de la época, a veces en el mismo establecimiento.

Los procesos de transformación de la atención en Salud Mental tienen como escenario las particularidades de los procesos de democratización de nuestras sociedades y sus actores, y las reformas de los sistemas de salud. En este punto, los aportes del pensamiento médico social/salud colectiva a la comprensión de la articulación entre Estado y políticas de salud en América Latina, resultan fundamentales.

Aunque los principios e incluso los dispositivos de las reformas en Salud Mental tengan semejanzas entre sí, la diversidad de contextos ha marcado diferencias. No es posible, por ejemplo, comprender la reforma psiquiátrica brasilera sin ligarla con el movimiento que llevó a la creación y consolidación del Sistema Único de Salud (SUS); ni analizar el estado actual de la reforma en Colombia sin tener presente lo que la implementación del modelo bancomundialista ha implicado en el sistema de salud; o considerar la reforma en Argentina sin referenciarla a la segmentación y fragmentación del sistema sanitario del país, con la puja de actores, alianzas y pactos que han caracterizado su configuración (55).

Para considerar la relación existente y potencial entre el pensamiento/acción de la medicina social/salud colectiva y el subcampo de la Salud Mental, tomaremos los ejes que hemos delineado previamente: la conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado, el enfoque de derechos y la perspectiva de integralidad en las prácticas.

Como ya lo enunciamos, del abordaje de la conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado de esta corriente se deriva la imposibilidad de aislar la salud mental de la salud en general, salvo por finalidades operativas o de acción. La persistencia del campo de la Salud Mental se justifica por la particularidad jurídica de

sus dispositivos que habilitan para denegar derechos en nombre de la “enfermedad”, y bajo el supuesto de “peligrosidad”, que se desplaza de los síntomas al sujeto, transformando lo que serían momentos del proceso que requieren cuidados particulares en una característica “intrínseca” de la persona.

Tampoco las prácticas generales de salud pueden seguir centradas en la suposición de que atienden “cuerpos biológicos” cuando se trata de sujetos en situaciones de padecimiento. No existe, desde esta lógica, una “enfermedad mental” como tampoco una “enfermedad orgánica”. Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente.

Diferenciar objetos teóricos y niveles de análisis a fin de comprender y explicar, no debe llevar a confundirlos con objetos concretos. El desplazamiento del eje de la enfermedad al sujeto, en esta corriente, es el que ha llevado a introducir el concepto de “sufrimiento psíquico” o “padecimiento subjetivo” en la epidemiología y en las prácticas (56).

La importancia práctica y política de este planteo se hace evidente ante la forma extrema que la medicalización adquiere en este campo. Hoy es perfectamente posible dismantelar los establecimientos de internación prolongada, sin que se toquen los instituidos fundamentales objetivantes de sus dispositivos.

Introduciremos una reflexión sobre la psiquiatría desde este enfoque. Como afirmamos antes, una clínica ampliada no implica una negación de las especialidades, pero sí su incorporación en procesos de trabajo en salud horizontales, integradores e interdisciplinarios (48).

La propaganda de un laboratorio que aparece en el epígrafe de este punto, ejemplifica adecuadamente que no hay objeto sin discurso y que la producción de sentido alrededor de un producto medicinal puede introducir una consigna política de alto impacto. Contradictoriamente, fue publicada en la contratapa de una revista de psiquiatría que dedicó ese número a analizar -de manera responsable y compleja- el sufrimiento y la salud mental en el contexto de la crisis argentina de principios del siglo XX. Nos parece que esta contradicción metafórica virtuosamente que el conflicto entre objetivación y subjetivación está planteado *al interior* de la

especialidad. Ésta enfrenta el desafío de tener dos caminos posibles: reducirse a intermediaria entre la industria psicofarmacológica y los usuarios/población o recuperar su potencia en actos médicos en donde el vínculo intersubjetivo sea su herramienta fundamental, y en ello se fundamente la prescripción y la eficacia terapéutica del fármaco, concebido como parte de una estrategia ampliada de cuidado.

El debate sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (57), un instrumento jurídico de indudable valor en la garantía de derechos de los usuarios de servicios de salud mental, no debiera reducirse a una puja corporativa, lo que ocultaría que el antagonismo entre objetivación/subjetivación está planteado *al interior* de todas las profesiones y disciplinas intervinientes en la salud mental.

El enfoque de derechos, que la corriente médico-social/salud colectiva enfatiza de manera tan especial, es central a las prácticas transformadoras en Salud Mental destinadas a destituir una de las formas paradigmáticas de objetivación de la modernidad. Su particular desarrollo en América Latina ha llevado a que movimientos y organizaciones que tienen como idea fuerza los derechos humanos se constituyan en nuevos actores del campo. A su vez, sus modos de acción han promovido la aparición de otros actores, tal el caso de las organizaciones de familiares y usuarios. Son quizás estos nuevos actores, los indispensables para modificar la tendencia fuertemente corporativa de los actores tradicionales del campo, y modificar su resistencia a las transformaciones. Así mismo, el enfoque de derechos no implica solamente un nuevo ordenamiento jurídico, constituye un elemento nodal en los aspectos técnicos y de gestión, y liga indefectiblemente con la ética en la clínica singular. (58, 59)

A modo de cierre, desearíamos resaltar que el pensamiento médico social/salud colectiva ha sido producido de manera sincrética en América Latina -territorio asombroso cuna de un oxímoron como “realismo mágico”- que atraviesa hoy uno de esos extraños y potentes momentos históricos a los que Walter Benjamin denominó “de peligro” (60). Es por eso que, a diferencia de la afirmación publicitaria del laboratorio, esta corriente latinoamericana forma parte de un extenso colectivo que, a nivel global, se plantea que es posible cambiar el mundo y que en ello, otra salud es posible.



## Referencias bibliográficas

1. Samaja J. *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004
2. Stolkiner A., Solitario R. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (comp). *Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2007. p. 121-146.
3. Stolkiner A. De La Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el Campo de la Salud Mental *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* 2003/2004; XIV (54): 313-319.
4. Angenot M. *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2010.
5. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. México, Siglo XXI Editores, 1971.
6. Canguilhem G. La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica. En: *Escritos sobre la Medicina*. Buenos Aires, Amorrortu, 2004. p. 69-48
7. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. En: Merhy E E, Onocko R. (org) *Praxis en Salud. Un desafío para lo público*. Buenos Aires/Sao Paulo, Lugar Editorial/Editorial HUCITEC, 1997. p. 17-70.
8. Breilh J. La epidemiología entre fuegos. En: *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín, 1987. p. 35-59
9. Altamira C. *Los marxismos del nuevo siglo*. Buenos Aires, Ed. Biblos, 2006.
10. García J C. Entrevista a Juan C. García. (1983) En: Torres Goitia J. *Desarrollo y Salud. Historia de la Medicina Social y de la Atención Primaria de la Salud*. Universidad Andina Simón Bolívar, 2008. La Paz, p. 337-347.

11. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública* 2004; 30 (2) Con acceso el 01/12/2011: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21430209>
12. Rojas Ochoa F. y Márquez M. (Comps): *ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas*. La Habana, Ed. Caminos, 2009.
13. Iriart C., Waitzkin H., Breilh J., Estrada A., Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 12(2): 128-136.
14. Escorel S. *Revolta na Saúde-Origem e articulacao de movimento sanitário*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999
15. Pego RA., Almeida C. Teoría y Práctica de las reformas en los Sistemas de Salud: los casos de Brasil y México. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(4): 971-990.
16. Stolkiner A. Prácticas en Salud Mental. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 1988; VI (1): 31-61
17. Onocko-Campos R., Pereira Furtado J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(5):1053-1062.
18. Vasco Uribe A. Estructura y Proceso en la Conceptualización de la Enfermedad. En: *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín, 1987, p. 15-33.
19. Testa M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1990.
20. Tejada de Rivero D A. Alma-Ata 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 2003; 8 (2) [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_2.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_2.htm) (acceso: 2/7/2011)

21. Menéndez, EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003, 8(1): 185-207.
22. Belmartino S. Modelo Médico Hegemónico. Conferencia. En: *Anales de las Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, 1987. p. 197-212
23. Menéndez E L. Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En: *Anales de las Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, 1987, p. 213-230.
24. Foucault M. La crisis de la medicina o de la antimedicina. En: *La Vida de los Hombres Infames*. La Plata, Ed. Altamira, 2008. p. 67-84.
25. Merhy, E E. Salud: *Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2002.
26. Laurell A C. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. En: *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín, 1987, p. 61- 96.
27. Berlinger G. *La enfermedad*. Buenos Aires, Lugar Editorial 1994.
28. Almeida-Filho N., Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales* 1999; 75: 5-30.
29. De Souza Santos B. *Una epistemología del Sur*. México, CLACSO Ediciones, 2009.
30. García R. Epistemología y Teoría del conocimiento. *Salud Colectiva* 2006; 2(2): 109-122.
31. Ugalde A, Homedes N. La transformación de las estructuras globales de poder y su impacto en la salud. *Palimpsesto* No 6 Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2007/2008; p. 15-26.

32. Franco Agudelo S., Forero Martínez L. Guerra, Salud y Paz en Colombia, En: Franco Agudelo S. (ed) *La Salud Pública Hoy: Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002. p. 555-584.
33. Laurell A C. La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell AS (comp) *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. México: UAM Xochimilco/Fund. F. Ebert, 1994, p. 9-32.
34. Fleury S. *Estado sin Ciudadanos*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.
35. Raffin M. *La experiencia del Horror: Subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur*. Buenos Aires, Editores del Puerto, 2006.
36. Gallardo H. *Derechos Humanos como movimiento Social*. Bogotá, Departamento Ecuménico de Investigación, Ediciones Desde Abajo, 2009.
37. De Souza Santos B. Hacia una concepción multicultural de los Derechos Humanos. En: De Souza Santos B. *De la mano de Alicia: lo social y lo político en la posmodernidad*. Bogotá, Ed. UNIANDES, 1998. p. 345-368.
38. Stolkiner A. Derechos Humanos y Derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Social Medicine/ Medicina Social* Vol. V No 1, Marzo de 2010; 20-25.
39. Apparudai A. *La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de las mercancías*. México, Ed. Grijalbo, 1991.
40. Luz M T. *Natural, Racional, Social- Razón médica y racionalidad científica moderna*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.
41. Foucault M. *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
42. Agamben G. *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo*. Valencia, Editorial Pre-Textos, 2009.

43. Stolkiner A., Garbus P. Ética y Prácticas en Salud Mental. En: Fantin JC, Fridman P. *Bioética, Salud mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2009, p.171-186
44. Berlinger G. *Ética de la Salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1996.
45. Moynihan R., Heath I., Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal* 2002; 321(13): 886-890
46. Sfez L. *La salud perfecta-crítica de una nueva utopía*. Buenos Aires, Prometeo Libros, 2008.
47. Almeida Filho N. La deconstrucción del concepto de riesgo. Almeida Filho N. a Ciencia Tímida. *Ensayo de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000. p. 239-260.
48. De Sousa Campos G W. *Gestión en Salud. En defensa de la Vida*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.
49. Galende E., Kraut AJ. *El Sufrimiento Mental-El Poder, la Ley y los Derechos*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.
50. Laboratorios Gador. Propaganda de Alplax. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* 2003/2004; XIV (54). Contratapa.
51. Amarante P. (1995/2006) *Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires, Ed. Madres de Plaza de Mayo, 1995.
52. Bertolote JM. Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed Esp)* 2008; 6(2): 113-116.
53. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el mundo 2001-Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, OMS, 2001
54. Organización Mundial de la Salud. *Programa Mundial de Acción en Salud Mental, Programa Quinquenal de Apoyo a los estados miembro*. Ginebra, OMS, 2002.

55. Ardila S. *La Transformación de la Atención Psiquiátrica en el Marco de las Reformas de los Sistemas de Salud: Opciones para las Prácticas de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud Colombiano*. Tesis, Maestría en Psicología Social Comunitaria, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2008.
56. Ausburger C. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales* 2002; 81: 61-76.
57. Argentina. *Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial Año CXVIII, No. 32.041, 3 de diciembre de 2010.
58. Ardila S., Stolkiner A. Los Derechos Humanos: Categoría central para la evaluación de programas y servicios de salud mental. En: Trimboli A, Fantin J C, Raggi S, Fridman P, Grande E, Bertran G. *Trauma, Historia y Subjetividad*. 2010. p. 426-428.
59. Ardila S. Los Derechos Humanos como Indicador de Resultados de Programas y Servicios de Salud Mental. En: *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, VI Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires, Noviembre 22-24 de 2010. Tomo III, p.234-236.
60. Benjamin W. Tesis de Filosofía de la Historia. En Benjamin W. *Ensayos Escogidos*, selección y traducción H.A. Murena. Buenos Aires, El cuenco del Plata, 2010. p 59-72.