

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

Desafíos en el campo de la salud mental Argentina: un análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales.

Quercetti, Florencia, Parenti, Mariana y Stolkiner, Alicia.

Cita:

Quercetti, Florencia, Parenti, Mariana y Stolkiner, Alicia (2015). *Desafíos en el campo de la salud mental Argentina: un análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/621>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/ccB>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DESAFÍOS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL ARGENTINA: UN ANÁLISIS A LA LUZ DE LOS ACTUALES PROCESOS DE GLOBALIZACIÓN Y LAS POLÍTICAS REGIONALES

Quercetti, Florencia; Parenti, Mariana; Stolkiner, Alicia
Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en la producción del Equipo de Investigación UBACYT dirigido por la Prof. Alicia Stolkiner. Su propósito es presentar los principales desafíos del Campo de la Salud Mental Argentino a la luz de sus atravesamientos tanto internacionales como regionales, desde un enfoque de Derechos Humanos. Para ello, se hará referencia a las fenómenos internacionales, regionales y locales que hacen/hicieron a los avances, obstáculos y retrocesos de los procesos de reforma de la Salud Mental en nuestro país; incluyendo las legislaciones internacionales y regionales que precedieron la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26657 de 2010. Por último se considerará el alcance actual de los fenómenos de “medicalización de la vida” y “patologización de procesos vitales” de particular desarrollo en la actualidad.

Palabras clave

Reforma en Salud Mental, Derecho a la Salud, Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, Medicalización

ABSTRACT

CHALLENGES FOR ARGENTINA IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH: AN ANALYSIS IN THE LIGHT OF THE CURRENT GLOBALIZATION PROCESSES AND THE REGIONAL POLICIES

The purpose of this work is to identify the nowadays main challenges for Argentina in the field of Mental Health, in the light of its international and regional elements, from a Human Right focus. This work is included in the production of the UBACYT research team headed by Prof. Alicia Stolkiner. Due to these aim; the international, regional and local phenomenon taking part on the advances, obstacles and retreats of the Argentineans Mental Health reform will be referenced; including the international and regional legislations that preceded the sanction of the National Mental Health Law n° 26657 of 2010. Finally the phenomenons of “life medicalization” and “vital processes pathologization” will be considered, attending the fact of its particular development nowadays.

Key words

Mental Health Reform, Health Right National, Law of Mental Health and Addictions, Medicalization

Introducción

El presente trabajo se inscribe en el proyecto de investigación UBACYT 20020130100543BA “Articulaciones entre Salud Mental y Atención Primaria de la Salud en la Argentina 2014-2017: Discursos, Prácticas y Subjetividad en los procesos de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.”

Los últimos años han sido particularmente significativos para el Campo de la Salud Mental Argentino, en virtud de la sanción de Ley Nacional de Salud Mental de 2010, reglamentada en 2013 (en adelante Ley SM).

A partir de entonces, se fueron constituyendo organismos institucionales tendientes a avanzar en su implementación, y que al día de hoy se encuentran en pleno ejercicio: la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones creada 2010 en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación; la Comisión Interministerial de Políticas en Salud Mental y Adicciones (CONISMA) creada a instancias del decreto reglamentario 603/2013 e integrada por representantes de distintas áreas del gobierno y ministerios; el Órgano de Revisión creado en 2013 a instancias del art. 38 de la Ley SM en el ámbito del Ministerio Público de Defensa para la fiscalización de la ley a nivel nacional; y el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental convocado por la CONISMA e integrado por treinta asociaciones de la sociedad civil (en funciones desde 2014).

La Ley SM retoma instrumentos internacionales de Protección en Salud Mental, constituyéndose como la base jurídica necesaria para la transformación de las tradicionales formas manicomiales y asilares de tratamiento de los padecimientos mentales que, en convivencia con otras formas alternativas, tienen aún vigencia en nuestro país.

Su fundamento es la perspectiva de Salud Mental Comunitaria e integración de los personas con padecimiento mental para la plena vigencia de sus derechos, conforme al principio de “no discriminación” (AG, 1948).

Define abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y ambulatorios, e incluye las adicciones dentro de las problemáticas de salud mental. Restringe los tiempos y criterios para las internaciones, prohíbe la creación de nuevos manicomios y prescribe internaciones en hospitales generales. Este último viene siendo uno de los puntos más controvertidos respecto a su implementación.

Al respecto debe señalarse que la inclusión de las prácticas de salud mental en las prácticas de salud en general, se fundamenta en una concepción integral, compleja y procesual de la salud (Procesos de salud –enfermedad – cuidado) y en una política de integralidad de derechos. Nótese que la Salud Mental es definida en el art. 3 de la Ley SM como: “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de cons-

trucción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

En este sentido el “derecho a la salud mental”, más allá de sus especificidades, debe ser concebido en el mismo sentido que el “derecho a la salud”.

Los orígenes y fundamentos de la “Lógica Manicomial”.

La lógica asilar - manicomial con su rasgo principal de exclusión - reclusión en instituciones cerradas, tiene una larga historia. M. Foucault describe en su libro “El Sentido Histórico de la Alienación Mental”, que mientras la forma primitiva de “alienación mental” la encontramos en la antigüedad bajo la idea de la posesión por fuerzas venidas de quién sabe dónde (“enorgoumenous”), y la tradición cristiana la retoma denunciando la posesión de su cuerpo por el diablo para realzar el “poder de dios”; los albores de la modernidad devuelven al “loco” al ámbito de lo humano declarándolo ahora “desposeído de las facultades humanas mentales”.

Léase por “facultades mentales” la “razón necesaria para el uso adecuado de su libertad” que define al individuo moderno burgués. A partir de entonces la internación, de la mano del saber médico-psiquiátrico, aparece como la solución/exclusión al peligro de una libertad “descontrolada” (Foucault, M, 1961).

Así la psiquiatría y los modelos manicomiales nacen como componentes de los estados liberales. El Dr. Raúl Zaffaroni en el prólogo al libro “El Sufrimiento Mental” refiere sobre este momento histórico: “No quedó espacio para la solidaridad ni para la piedad en la ciudad industrial; la competencia urbana por la supervivencia acabó con el espacio social mínimo de expresión de los sentimientos fraternos y humanos, y la necesidad de un orden mínimo en ámbitos reducidos de convivencia conflictiva de la riqueza y miseria los metió en depósitos, llamados prisión y manicomio. Detrás de los muros de uno encerró todo el mal, y detrás de los del otro toda la irracionalidad. Como caminamos por fuera de esos muros estamos seguros de que somos buenos y racionales. La ciencia hizo el resto.” (Galende E, y Kraut, A. J, 2006).

El loco, despojado de los atributos necesarios para vivir en sociedad, se vuelve en esa misma operación “peligroso”. La presunción de peligrosidad, que de por sí reviste escaso rigor clínico y fáctico, confirma así el argumento de exclusión; al tiempo que cumple una función de control social: mostrar al resto de la sociedad el destino de las conductas “irracionales”.

La creación y desarrollo de las Políticas en Salud Mental.

Las primeras propuestas contra-hegemónicas al abordaje psiquiátrico clásico de la locura datan de la segunda posguerra mundial en correlación a la creación de sistemas de salud universales, en el marco de la conformación de los Estados de Bienestar garantes de los derechos sociales, consagrados en el Pacto Internacional de los Derechos Sociales Económicos y Culturales (PIDESC).

De forma en principio marginal, estos discursos comenzaron a plantear el reemplazo de los mecanismos asilares- manicomiales por dispositivos que permitieran a las personas segregadas, vivir en sociedad. Las reformas anti-psiquiátricas se concretizaron en la región Europea: bajo el modelo de comunidades terapéutica y la creación del Servicio Nacional de Salud Mental en el contexto de la Ley de Protección Social del laborismo Inglés (1944); a partir de la “Política del Sector” en Francia que territorializó los servicios creando dispositivos ambulatorios (hospitales de día, centros de salud, hogares de alojamiento); y a través de las reformas llevadas a cabo por Basaglia en Italia que con algún atraso respecto al resto de los países europeos terminaron con el cierre del Hospital de Tris-

te, las políticas de desinstitucionalización y la Ley de Salud Mental N°180 de 1978, de vigencia en la actualidad.

En consonancia con estos procesos de reforma se fueron gestando desde los organismos internacionales, recomendaciones basadas en ellas. La OMS en 1956 lanza la propuesta de dirigir los servicios psiquiátricos hacia la salud mental.

Para la región Latinoamericana, que había importado hacia mediados del siglo XIX el modelo manicomial de tratamiento de la “locura”; el desarrollo de Políticas en Salud Mental con base comunitaria y anclaje jurídico tardó en llegar. En la Argentina como experiencias aisladas pero significativas, debe señalarse la ampliación a asistencia comunitaria e inclusión de abordajes interdisciplinarios llevada a cabo en el Servicio de Psicopatología del Hospital de Lanús entre 1956 y 1972 con Mauricio Goldemberg como director. Y luego como Director de Salud Mental de la Capital Federal, el “Plan Goldemberg” de 1967, que logró la creación de centros de salud mental y servicios de psicopatología en hospitales de la ciudad, incluso en un período dictatorial (presidencia de facto de Juan Carlos Onganía).

El Servicio de Salud Mental fue desmantelado tras el golpe militar del 76 y Goldemberg se vio forzado al exilio. El siguiente y sangriento período dictatorial que se iniciaba en ese entonces, abolió todo intento de prácticas comunitarias, en el contexto del así denominado “Plan Cóndor”.

Con la vuelta a la democracia, Vicente Galli bajo la Dirección de Salud Mental elaboró el Plan Nacional de Salud Mental con Goldemberg como asesor (por OPS). La dirección fue desmantelada en 1990, y con ella la posibilidad de avanzar en políticas nacionales en Salud Mental (hasta la creación de la Dirección en 2010).

Otras experiencias significativas fueron las llevada a cabo desde la década del 80 en Río Negro con elementos del modelo Italiano y aún hoy vigentes; y la experiencia de desinstitucionalización en San Luis a cargo del Dr. Pellegrini, que transformó un Hospital psiquiátrico en un Hospital escuela.

La década del 90 estuvo signada para nuestro país y para la región Latinoamericana, por la implementación de políticas neoliberales conforme al Consenso de Washington. En Salud, se adoptaron recomendaciones de organismos supranacionales como el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional (“Invertir en Salud” 1990) que parecieron reemplazar el lugar de rectoría y formulación de políticas en salud que había conservado la OMS desde su fundación en la posguerra (1948).

Asa Cristina Laurell refiere que esta “Primer Reforma” supuso la reducción de la responsabilidad del estado en la garantía de derechos sociales entre ellos el derecho a la salud, la mercantilización del sector y debilitamiento de la salud pública; y en definitiva la supresión del derecho a la salud.

De esta misma década datan los principales instrumentos jurídicos de ámbito internacional y regional que impulsaban Reformas en los Sistemas de Salud Mental. La aplicación de estas legislaciones en la Argentina durante la década del 90 fue prácticamente nula; y es que el término “reforma” en el contexto de las agendas sanitarias en ese momento, presentaba otra connotación: sostener la responsabilidad del estado sólo para la prestación de servicios básicos para las poblaciones “pobres” o servicios con grandes externalidades, dejando el resto de las prestaciones libradas al mercado; y por ende al gasto individual de bolsillo.

Este paradigma de “responsabilidad individual” frenó el avance e impulso que las experiencias comunitarias en salud mental habían recobrado con la vuelta a la democracia.

Sin embargo deben rescatarse movimientos y experiencias aisladas que mantuvieron la resistencia bajo esta década como el Frente

de Artistas del Borda, Radio La Colifata, el programa "Cuidar Cuidando", y el Movimiento por la Ley 448 en CABA, por citar algunas. Instrumentos jurídicos internacionales y regionales para las Reformas en Salud Mental.

La Ley SM de 2010 dio base normativa a prácticas y experiencias que ya se venía realizando y en este sentido debe entenderse como una conquista bajo la lógica de actores sociales, en el contexto de la "década ganada".

Por otro lado se corresponde con el ajuste normativo de nuestro país a los instrumentos jurídicos internacionales y regionales que venían marcando, desde principios de los años 80, la agenda de los gobiernos respecto a la necesidad de general reformas en Salud Mental: En el ámbito universal la Asamblea de las Naciones Unidas (AG) adoptó en 1991 los "Principios para la protección de las enfermedades mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental" o "Principios de Salud Mental" (AG, 1991), instrumento reconocido como la normativa más completa en la temática.

Tales principios se encuentran contenidos en nuestra Ley Nacional. "Las Normas Uniformes sobre la igualdad de las personas con discapacidad" adoptadas en 1993 reconocen el derecho a participar de las planificaciones y reformas en salud mental y reiteran la necesidad de que los países creen bases jurídicas en su derecho interno. La "Declaración Universal de los Derechos Humanos" (DUDH) recoge el derecho a la vida (art 3) y dignidad (art 1) y el principio de no Discriminación (art 2 y 7); claramente aplicables a la protección de las personas usuarias de servicios de salud mental.

A pesar de su carácter meramente declarativo, la DUDH derivó con el tiempo en Derecho Consuetudinario, y los "Principios en Salud Mental" han servido a los fines de ampliaciones interpretativas de los derechos vinculantes antes mencionados.

Entre las normas ligadas a Salud Mental de carácter vinculante podemos mencionar a la "Convención Internacional sobre los Derechos del Niño" sancionada en 1989 y la "Convención Internacional sobre los derechos de personas con discapacidad" de 2008. Ambas con rango constitucional en nuestro país y con énfasis en el concepto de capacidad jurídica de las personas, contemplando los requerimientos de apoyo para el pleno ejercicio de sus derechos.

En el ámbito regional Latinoamericano, se adoptó en 1990 la "Declaración de Caracas" en el marco de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina convocada por la OMS y en la que la Argentina tuvo representación. Plantea la integración de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) a la Salud Mental como revisión crítica a la lógica hospitalocéntrica, la creación de dispositivos comunitarios, y compromete al ajuste de las legislaciones.

Como es sabido, la implementación de las políticas neoliberales en la década del 90 trajo consigo una interpretación de la estrategia "selectiva" o tal como Mario Testa (1989) lo señala de "atención primitiva para poblaciones pobres". Quince años después y a fin de evaluar los progresos obtenidos desde la "Declaración de Caracas" se declaran los "Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas" o "Principios de Brasilia" de 2005, reafirmando el compromiso de reestructuración.

En el sistema Interamericano de protección y promoción de los Derechos Humanos (derivado de la actuación de la Organización de los Estados Americanos, de la que Argentina es miembro), son potencialmente aplicables a la temática de Salud Mental y DDHH: instrumentos convencionales como "La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad" de 1999 (ratificada por el estado argentino en 2000); la Comisión Interamericana de Derechos Hu-

manos como órgano de observancia, y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como órgano judicial de carácter vinculante. En la última década la evolución de mecanismos regionales y subregionales de integración, fueron conformando un escenario de creciente alianza entre los países de sur como contraofensiva al papel hegemónico de los EEUU en las políticas regionales. Aunque de su actuación no se deriven instrumentos jurídicos vinculantes, presentan la potencialidad de armonizar políticas domésticas y política exterior en derechos humanos, funcionando como un foro de coordinación política (CELS, 2013).

En el ámbito de Mercosur se crea en 2010 el Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos (IPPDH). Por su parte, UNASUR cuenta con un consejo sectorial específico en materia de salud: el Consejo de Salud Sudamericano (CSS).

Globalización y Salud Mental: La medicalización de la vida cotidiana. Algunos economistas se han referido a la actual fase de la globalización como "binomio crisis - globalización". Para la región europea, la crisis internacional se sucedió por un proceso de desmantelamiento de los Estados de Bienestar con achicamiento del estado en cuanto a la garantía de los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud.

Estas políticas impuesta por la Unión Europea (o más bien dicho por las potencias que gobiernan la UE) a aquellos países con déficit fiscal, está habilitando el avance del mercado de la salud.

En la región latinoamericana la última década se caracterizó por una "vuelta" a enfoques de derecho más cercana a la normativa internacional sobre derechos sociales, y con fuerte crítica a las políticas neoliberales y pro-mercado implementadas en las dos décadas anteriores en la región.

Sin embargo, el ya expandido avance del mercado de la salud sigue poniendo en riesgo la garantía del derecho a la salud, al tiempo que no todos los sistemas lograron reformas estructurales. (Stolkiner A., 2010)

El escenario internacional actual en el ámbito de la salud nos invita a tener presentes algunas alertas: los grandes poderes de las multinacionales en salud abogan por la liberalización de los mercados. Nótese que las transnacionales como actores de la sociedad internacional no están sujetas al Derecho Internacional, y por tanto tampoco lo están a las normativas internacionales que recogen el derecho a la salud.

Por otro lado, en lo que hace a la planificación en salud, el modelo de aseguramiento parece cobrar cada vez más fuerza. Las propuestas de este modelo incluyen la combinación de seguros públicos y privados creando un espacio de competencia propicio para el avance del capital del mercado de la salud. Bajo este modelo predomina una "Economía de Mercado" diametralmente opuesta y excluyente a una concepción universal del "Derecho a la Salud". La mercantilización de la salud es entendida como la incorporación de la vida y la salud al proceso mercantil (Laurell A.C, 1994).

En la actualidad es el motor de los procesos de medicalización e implica la expansión de los diagnósticos y tratamientos médicos a situaciones previamente no consideradas problemas de salud (Iriart y Ríos, 2012).

Incluye también la transformación de vivencias dolorosas o eventos vitales en patologías, y la "creación de enfermedades" ("disease mongering"). La medicalización como dimensión macro-contextual, permite estudiar prácticas ligadas al proceso de mercantilización en tanto se plasma en riqueza para algunos y en deseo de consumo para otros (Ceminari y otros, 2014).

Como mecanismo produce una reducción de las dimensiones en

juego en los procesos de salud- enfermedad – cuidado, a solo una de ellas: los fenómenos biológicos (“neobiologismo”) y una internalización de las necesidades de autocontrol y vigilancia por parte de los mismos individuos, prescindiendo así de la indicación o prescripción médica (“biopoder”).

Los debates en torno a la nueva versión del DSM IV, el DSM V, muestran a todas luces el alcance de estos fenómenos: se habilita un diagnóstico de depresión ante la persistencia de síntomas luego de treinta días de una pérdida significativa (medicalización del duelo), e incluye el “síndrome de riesgo de psicosis” y el “trastorno por hipersexualidad”.

Reflexiones finales

Los últimos años han significado para el campo de la salud mental importantes avances en materia de Derechos Humanos: sanción de una ley nacional y su reglamentación, con normativas provinciales en consonancia, y la existencia de un plan nacional de salud mental. Tales avances se produjeron en el contexto del desarrollo de políticas inclusivas a nivel nacional y regional.

Correlativamente y en consonancia con desarrollos mundiales, se puede reconocer una tendencia a la medicalización de la vida, centrada en el criterio de la atención al malestar. Las industrias y los monopolios en salud se configuran como un actor internacional de peso en dicha tendencia; pero también lo son las corporaciones profesionales que prestan “su ciencia” legitimando prácticas en salud mental que ponen en juego la dignidad de los sujetos.

En los últimos años hubo en nuestro país un enorme desarrollo legislativo en favor de normativas que tienden a la igualación de los seres humanos por la vía de la diversidad con independencia de sus elecciones, padecimientos, necesidades de apoyos, etc.

Ahora bien, resulta paradójico que en paralelo a tal desarrollo, se haya considerado necesaria la sanción de leyes que apuntan a la concreción de derechos y a la cobertura prestacional de situaciones que se enuncian como específicas por estar asociadas a un diagnóstico. Al respecto debe señalarse un doble riesgo: en el plano normativo el de retomar la tendencia a la focalización del derecho propia de las políticas neoliberales; y en el plano de las prácticas el de una vuelta a modelos basados en la “enfermedad mental”. Emiliano Galende (2008) señala la tensión evidente entre las propuestas de abordaje psicosocial y comunitario de las problemáticas; y una demanda social de medicalización del malestar psíquico y del malestar inherente a la existencia misma, que reclama respuestas rápidas y eficientes a través de su “eliminación” por la vía de medicamento. La mayoría de los avances en las políticas de reforma de los últimos años en nuestro país se han librado en el plano normativo (e institucional), y ello ha indefectiblemente comenzado a modificar las prácticas en salud mental.

Ahora bien, el desafío para los próximos años será el de profundizar los mecanismos de aplicación de la ley, proceso en el cual la adecuación legislativa e institucional de aquellas provincias que aún no haya avanzado en ese sentido, no es un hecho de importancia menor. Por último debe tenerse presente que la potencialidad de los reformas del campo de la salud mental encuentran su límite en un sistema de salud fragmentado y segmentado, cuya modificación estructural resulta fundamental para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con padecimiento mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Resolución 217A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Documento A/810, 17, 1948 (Declaración Universal de los Derechos Humanos).
- AG. Resolución 44/25 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 20 de Noviembre de 1989, en vigor desde el 2 de Septiembre de 1990. (Convención de los Derechos Humanos de los Niños).
- AG. Resolución 46/119 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 17 de Diciembre de 1991. (Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental).
- AG. Resolución 48/96 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 20 de diciembre de 1993. (Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad)
- AG. Resolución 61/106 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 13 de Diciembre de 2006, en vigor desde 3 de Mayo de 2008. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad).
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2013). Derechos Humanos en Argentina. Informe 2013. 1ra edición. Cap. I. Buenos Aires: Ediciones Siglo XXI
- Foucault M. (1961) Enfermedad Mental y personalidad (Cap. 6) en El sentido histórico de la alienación Mental. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Galende, E. y Kraut A.J. (2006) El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2008) Psicofármacos y Salud mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Iriart C., Iglesias Rios L. (2012). Biomedicalización e Infancia, INTERFASE-Comunicação Saúde Educação v.16, n.43, p.1011
- Karanikolos M., Rechel B., Stuckler D., McKee M. (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe, *The Lancet*, 382(9890), 2013, p. 392. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61665-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61665-7)
- Laurell A.C., Blanco Gil J. (1994) La salud: de derecho social a mercancía en Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 1994.
- Laurell, A.C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina, *Revista de Medicina Social*, 5(1), 2010, p. 79-88. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info>
- Ley 26657 (B.O: 03/12/2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. Cap. I-IV. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>
- OPS-OMS (1990) Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas. 11-14 de noviembre de 1990. Caracas. Venezuela.
- Stolkiner, A. (2008) Comentario sobre el artículo: Hacia la Construcción de una Política en Salud Mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 17, pp. 167-171.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental, Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Colección FUNDEP. Buenos Aires: Psicolibro. (En prensa)
- Stolkiner, A. (2010) Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina social*, 5(1), pp. 89-95.
- Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, documentos Oficiales de la Asamblea General, cuadragésimo sexto período de sesiones, Suplemento (No. 49) anexo en 188-192, documento de Naciones Unidas A/45/49(1991).
- Testa, M. “Atención Primaria o Atención Primitiva”. Cuadernos médico-sociales, 34, Buenos Aires, 1989, p. 7-21.
- Tugores Ques, J (2006) Economía Internacional. Globalización e integración regional. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España.
- http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_medicalizacion_de_la_vida.pdf