

La ley de Salud Mental N° 26.657: derechos, participación en salud y cuidado. Una sistematización posible.

Victoria Vidal

Licenciada en Psicología, profesora de enseñanza media y superior en Psicología; Magister en Psicología Social Comunitaria, Docente investigadora: Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales.

victoriaavidal@yahoo.com.ar

Leticia Grippo

Licenciada en Psicología, Magister en Psicología Social Comunitaria, Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales.

leticiagrippo@gmail.com

Selva Sena

Licenciada y Profesora de Psicología, Doctora en Salud Mental Comunitaria; Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales.

selva.sena@unq.edu.ar

Sergio Remesar

Licenciado en Psicología, Especialista en Metodología de la Investigación Científica, Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales.

sergioremesar@yahoo.com.ar

Resumen

Se analiza la Ley N° 26.657 que sistematiza los derechos de las personas que sufren en salud mental, en relación con los profesionales y las instituciones de salud. La misma brinda una herramienta normativa, desde la perspectiva de los derechos humanos vigentes, donde el rol del Estado nacional se vuelve significativo, tanto en su aplicación como en relación a la formación. En ese marco el trabajo plantea un recorrido histórico de la construcción de la perspectiva de derechos en relación al cuidado de quienes sufren en salud mental que promueve la ley. Se realizará un análisis a partir de algunos conceptos seleccionados, para pensar qué ejes nos marca como normativa, y qué efecto es esperable en la formación de futuros profesionales de la salud (Enfermería, Psicología y Terapia Ocupacional). La formación académica se torna central para guiar las futuras prácticas que apunten a la consagración de derechos, la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas a cuidar.

Palabras clave: Salud Mental - Cuidado - Ley 26.657 - Derechos - Formación.

Abstract

Law 26.657, which systematizes the rights of people suffering from mental illness, is analyzed in relation to professionals and health institutions. It provides a normative tool, from the current perspective of human rights, where the role of the national State becomes significant both in its application and in relation to professional training. In this context, the work presents a historical overview of the construction of the perspective of rights in relation to the care of those who suffer in mental health, which the Law promotes in Argentina. Analysis will be carried out using some selected concepts, to think about the core of the law and what effect expected in the training of future health professionals (Nursing, Psychology and Occupational Therapy). Academic training becomes central to guide future practices that

aim at establish rights, improving the well-being and quality of life of people.

Key words: Mental Health - Care - Law 26.657 - Rights - Education.

Introducción

Este trabajo está planteado en el marco del programa I+D “Problemáticas del cuidado. Metamorfosis socio-culturales y producción de subjetividades en los espacios sociales contemporáneos” bajo la dirección de la Dra. María Cristina Chardon, con sede en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes. Dentro del proyecto: “Representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la Salud Mental en estudiantes de carreras salud”, que dirige el Lic. Sergio Remesar.

La ley 26. 657 trabaja con la sistematización de los derechos de las personas con sufrimiento mental, en relación con quienes son responsables de su cuidado los profesionales y las instituciones de salud. A partir de ella, se cuenta con una herramienta normativa, desde la perspectiva de los derechos humanos, donde el rol del Estado Nacional se vuelve significativo, tanto en su aplicación como en relación a la formación. En ese marco, el presente artículo se propone analizar la letra de la ley, a partir de algunos conceptos seleccionados, donde se espera definir sus ejes como normativa, y qué efectos son esperables en la formación de futuros profesionales de la salud (Enfermería, Psicología y Terapia Ocupacional).

Las autoras tienen una función de formadoras en carreras de salud, por lo que esta reflexión se vuelve central a la hora de pensar la propuesta pedagógica. Conocer la concepción de cuidado en salud mental que la ley plantea y lo esperable para nuestros estudiantes en ese sentido es altamente significativo para la práctica docente. Desde ese punto de partida, las propuestas y normativas de la ley, se orientará la generación de prácticas educativas que fomenten un aumento de los procesos participativos en los estudiantes, para favorecer el reconocimiento del derecho a la salud mental, sin estigmatización y discriminación de las personas con padecimiento psíquico en quienes transcurren sus carreras actualmente.

Es fundamental la capacitación de los futuros profesionales en el ámbito de la salud mental, para correr el eje desde un modelo médico hegemónico, restrictivo, manicomial, a un modelo psicosocial, expansivo y con una perspectiva de trabajo comunitario. Esta formación se transforma en una herramienta de política pública.

Tal como señala la Ley y en consonancia con otras investigaciones en nuestro país, (Zaldúa y equipo 2011)¹ es importante trabajar en relación a las creencias y representaciones de los futuros profesionales de la salud, ya que es un grupo implicado en las prácticas de atención, y que llevarán adelante, o no, el espíritu de la Ley.

De esta manera se atiende a lo propuesto por la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones en el Acta N° 6/14 ANEXO III RECOMENDACIONES A LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS y el ARTÍCULO 33° LEY NACIONAL N° 26657 señala que “Un eje fundamental para lograr los objetivos planteados es la formación de los profesionales en el campo de la salud mental. Para ello, el artículo 33° establece: “La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país”.

En el presente trabajo no proponemos analizar teóricamente la Ley de Salud Mental desde la perspectiva de los derechos de las y los pacientes y las propuestas de atención, para poner en diálogo la Ley de Salud Mental a partir de conceptos clave que marquen el paso del paradigma tutelar al paradigma de derechos y reflexionar

sobre los obstáculos y facilitadores a la hora de promover el pensamiento de sentido común en los estudiantes de carreras de salud.

La metodología propuesta para este trabajo implica un abordaje teórico-conceptual, que surge de la necesidad de revisar críticamente, ampliar y enriquecer algunas de las ideas centrales de la ley: específicamente el capítulo V (que trabaja sobre el abordaje del sufrimiento en salud mental) y VII (que plantea las características de las internaciones de estas personas, siempre con la mirada puesta sobre los derechos).

Para ello realizamos una matriz ad hoc, incluyendo los conceptos de salud, enfermedad, atención, cuidado, promoción, educación y prevención, que nos permite hacer visible el espíritu de la ley, en la intención y forma en que se aplican los términos en esos capítulos.

Cuidado en Salud Mental. Un poco de historia.

En Argentina se puso en juego, históricamente, el modelo asilar de atención en salud mental. Un patrón de atención y cuidado que se plantea como la respuesta hegemónica en occidente al problema de los trastornos mentales y desde el cual se orientaron los principales recursos en salud mental hacia las instituciones

monovalentes, bajo la dirección del paradigma médico. Un modelo cuya crisis se hace evidente por distintos indicadores, el incremento de la internación poco certificada y compulsiva, la permanencia muy prolongada y cronificación de pacientes en las instituciones, el evidente debilitamiento de las redes de apoyo social (familia y grupos de amigos y relaciones laborales).

Es fundamental recordar aquí una experiencia icónica en el planteo del cuidado en salud mental en Argentina, una experiencia innovadora planteada por el Dr. Mauricio Goldemberg en 1956, la creación del servicio de Psicopatología y Neurología en el hospital de Lanús. Junto con otras experiencias (Visacovsky, 2002)² formó parte de un movimiento de crítica al modelo asilar y la intención de incluir la atención psiquiátrica.

La idea de que es imprescindible modificar el dispositivo manicomial, y crear centros asistenciales sustitutivos de base comunitaria a las situaciones de encierro encuentra entre sus principales antecedentes la sanción de la Ley 148 (Basaglia, 1976)³ en Italia, buscando revertir las consecuencias señaladas y evitar los procesos de estigmatización.

Ya con esa perspectiva en el horizonte, en 1990, representantes de América Latina y el Caribe suscriben la

declaración de Caracas, que constituye un hito fundamental en la búsqueda de reformas al respecto del cuidado de quienes sufren en salud mental. Es posible ver que señala como fundamental la atención en centros de APS para la promoción de “*modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales*” y la importancia de una revisión crítica del papel hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico. Marca la importancia de la capacitación de recursos humanos en salud mental con eje en la salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en hospitales generales.

En Argentina esta declaración de Caracas tiene ecos, y pocos años después la provincia de Río Negro sanciona la Ley 2440, que comienza una reforma que, si bien no alcanza a integrarse en una política Federal sienta sus bases, de manera significativa y muchos equipos de investigación se orientan a trabajar estos procesos.

En 2005 la declaración se retoma en los Principios rectores de Brasilia, donde se señala la importancia de que todos los países de la región emprendan el camino de la reforma. Este camino se ve reafirmado en el Consenso de Panamá, donde se fortalece la búsqueda de una atención en salud mental por fuera de las instituciones monovalentes y dentro de la comunidad.

La ley de Salud Mental N° 26.657, vigente en la actualidad, que fue aprobada y promulgada a fines de 2010 en nuestro país, sigue en la línea de todas las convenciones internacionales y plantea un corte con la lógica clínica subyacente a las prácticas de cuidado en salud mental en que se forman los futuros profesionales en salud hoy. Va a implicar cambios drásticos en la concepción de sujeto, en ella pleno de derecho y en las estrategias de cuidado manifestando el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. Incorpora, como eje central la dimensión de los derechos humanos de quienes presenten padecimientos mentales y uso problemático de drogas. Implica un piso básico de derechos que deben cumplirse desde su promulgación en todo el país.

Salud, enfermedad, atención, cuidado, promoción, educación, prevención. La cuestión de los derechos en la atención.

Lejos del planteo clínico que atraviesa, desde sus orígenes, las disciplinas de salud en las que se lleva adelante la investigación, y por ende su formación, la Ley ofrece otras herramientas (como la comunitaria) para la interpretación y abordaje de los problemas de salud mental,

destacando el lugar central de los procesos sociales, y a los y las usuarios/as como un sujeto de derecho, activos/as en su relación con la realidad.

En relación a los derechos, en los artículos que conforman el capítulo VII, se hacen explícitos todos aquellos que deben ser socialmente reconocidos y protegidos en relación a aquellos que padecen en salud mental. El Estado debe ser garante de ello y asegurar su cumplimiento. Encontramos el derecho a recibir atención sanitaria con base en la integración social y fundamentada en la ética, derecho a conservar la identidad, a ser acompañado por sus familiares y/o personas cercanas afectivamente, a tener acceso a su información sanitaria y/o clínica y a ser activo en la toma de decisiones relativas a su tratamiento. El/la paciente tiene también derecho a que las condiciones de su internación sean, siempre, adecuadamente supervisadas, a no ser identificado/a ni discriminado/a por su enfermedad, a que cualquier tipo de investigación clínica, o tratamiento experimental sea bajo su expreso consentimiento, a no ser sometido a trabajos forzados o no recibir remuneración por su trabajo.

Vemos que esta perspectiva de derechos es amplia, y que asume también una dimensión histórica. Esta Ley fue precedida, como se ha mencionado, por importantes

antecedentes tanto en el ámbito nacional como en el internacional (leyes, declaraciones, consensos que hemos trabajado, entre otros) que señalan la imperiosa necesidad de proteger los derechos de las personas en mayor situación de vulnerabilidad, como es una persona con sufrimiento mental.

La cuestión de los derechos en el campo de la salud, que incluye la salud mental, está acompañada por los movimientos sociales y civiles, centrada fundamentalmente en las más importantes amenazas de vulneración de derechos de las personas con trastornos mentales. Sostienen una revisión crítica del planteo tradicional de la perspectiva tutelar, paternalista, que protegía al enfermo en una situación de profunda exclusión social, aislado en instituciones totales que asumían las decisiones de manera muchas veces inconsulta y arbitraria. El análisis de las devastadoras consecuencias que tienen sobre los/as pacientes y sus familias, la extensa internación, como se excluye de esta forma de la vida social, llevando a un progresivo deterioro de las habilidades y destrezas sociales, que pueden, inclusive dar lugar a la emergencia de nuevos cuadros psicopatológicos a partir de este abandono y segregación. Esta reclusión, a veces para toda la vida en lo que Foucault (1989) llamó instituciones totales (manicomios, escuelas y cárceles) y el problema de las instituciones monovalentes fueron

fuertemente cuestionadas desde los años 60, y a partir de allí una serie de declaraciones mundiales y recomendaciones que impulsan a la búsqueda de reformas en los modelos de atención, en América Latina.

En esa dirección, si repasamos el capítulo V de la Ley, vemos como se vuelven centrales las transformaciones en el modelo de atención, fortaleciendo los aspectos de interdisciplinariedad, las acciones de base comunitaria y la búsqueda de fortalecimiento de las redes y lazos sociales, marcando la importancia de la consulta ambulatoria, la atención domiciliaria supervisada, el fortalecimiento de la promoción y prevención. En este sentido también propone la prestación de servicios en salud mental a través de instituciones de pequeña escala, centros de día, de capacitación laboral, emprendimientos socio-productivos.

Ejemplo de ello son las Empresas sociales (ES); una Empresa diseñada para reconocer y respetar la heterogeneidad y multiplicidad de sus integrantes (Vidal, Sena 2015)⁴. En este dispositivo el concepto de cuidar toma una extensión que supera la lógica médica “Cuidar se refiere no solamente a los cuidados del cuerpo, sino que también se refiere a los cuidados socialmente consagrados que hacen las diferentes culturas y que son formas simbólicas de ternura. Los cuidados son formas

sublimadas de ternura, por las que las diferentes sociedades crean, manifiestan y enfatizan su amor hacia los otros” (Chardon, 2008 pp.8)⁵. Si tomamos esta característica particular, vemos cómo impacta en las formas del sufrimiento mental inherentes al trabajo y, simultáneamente, genera condiciones para la producción colectiva de salud. En tal sentido, proponemos pensar a la ES como la creación de entornos favorables, en tanto se vuelve indispensable e implica un trabajo concreto sobre los ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales, no sólo para mejorar la salud o aumentar la calidad de vida, sino también para recomponer las redes sociales quebradas, como propone la Ley.

Tomando como punto central esta ampliación de derechos que la Ley propone, se refuerza aquí la idea de participación como punto clave, en tanto devuelve el carácter político y de ciudadanía a un sector que históricamente ha sido privado no sólo de su voz sino fundamentalmente de la capacidad de decidir. Sin embargo, habilitar la voz de las personas con sufrimiento psíquico no es una tarea sencilla a la luz de la historia de la participación social en salud en el sistema sanitario argentino e implica al igual que las demás propuestas de la ley un enorme desafío.

La importancia de la participación social en salud es reconocida formalmente en la Conferencia de Alma Ata de 1978 y lleva a preguntarse sobre las maneras de participación que se promueven en el campo sanitario y las modalidades de la misma que se hacen efectivas (Menéndez, 2002, 2006)^{6 7}.

Desde la década del 80 hasta el 2006 en América Latina se impuso una participación individual curativa o asistencial que se corresponde con la de la propuesta neoliberal. Los sistemas públicos de salud se dedicaron a promover la participación individual, en microgrupos familiares que otorgan a la mujer el lugar central y microgrupos construidos (grupos de autoayuda). La participación perdió el carácter político entendido en términos de transformación social y exigencia de derecho a la salud que había adquirido a partir de Alma Ata.

En Argentina, Stolkiner, Comes y Garbus (2011⁸) afirman que el alto nivel de segmentación y fragmentación del sistema sanitario se profundizó como resultado de las reformas neoliberales, pero también consideran que, después de la crisis, hubo un cambio en el curso del país. Si bien en el período 2003-2015 se reemplazaron las políticas neoliberales por un aumento del gasto social estatal y se produjo un viraje en el terreno de las políticas sociales, estas modificaciones llevaron a que se

revirtiera en parte la situación social del periodo anterior pero no cambiaron la matriz del sistema sanitario argentino. Igualmente se lanzaron programas de salud con miras a recuperar la APS y la participación como ejes centrales del sistema que son valorables, aunque no hayan alcanzado el impacto esperado.

En el 2004 se presenta el Plan Federal de Salud, en el que se propone la atención primaria como eje organizador del sistema sanitario. La misma se define como una estrategia integral que incluye los procesos de salud- enfermedad, la atención de las personas y el conjunto social por medio de la integración de la asistencia, prevención y promoción de la salud. A pesar de estas declaraciones, el sistema sigue funcionando desde una lógica hospitalocéntrica, centrada en la enfermedad y la perspectiva biomédica. En relación con la participación en salud, si bien figura en el plan, la misma todavía no se ha institucionalizado porque las instituciones sanitarias y el personal de salud no la consideran una dimensión importante de la salud ni que pueda contribuir a la estrategia de APS (Stolkiner, op cit).

Por otro lado, la cultura hospitalocéntrica también moldea la formación de los profesionales de la salud. Esta formación centrada en la enfermedad sumada al desprestigio que suele adjudicarse a los profesionales

que trabajan en el sistema primario de atención atenta contra el intento de establecimiento de la APS. Es por eso que el Ministerio de Salud con el objetivo de aumentar los profesionales destinados a los centros de salud crea el Programa de Médicos comunitarios.

Tanto el Plan Federal de Salud como el Programa de Médicos comunitarios son antecedentes relevantes y que van en la misma dirección de la Ley de Salud Mental.

Toda la normativa sanitaria argentina se enmarca en una perspectiva de derechos que recupera la APS y la participación como componentes centrales del sistema de salud, pero en tanto marcos legales solamente indican una orientación que todavía debe traducirse en prácticas concretas de transformación en un campo que siempre ha sido resistente a la lógica de derechos, comunitaria y participativa y que pone en juego mecanismos de reproducción del status quo y lógicas de poder inherentes al campo.

Es por eso que:

“Entendemos al cuidado como cuidado de sí, como una construcción subjetiva que se produce en prácticas cotidianas con y entre otros/as en diversos espacios institucionales y comunitarios en los que

—obviamente— se despliegan relaciones de poder. En este sentido, subrayamos la dimensión política de la construcción individual y colectiva de las prácticas y concepciones de cuidado” (Chardon, 2012: 45).

Reflexiones finales, que abren más que cierran.

La promulgación e implementación de la Ley Nacional de Salud Mental da cuenta de la vocación de transformar un campo de prácticas atravesado por tensiones políticas diversas. Tal como planteamos en otros trabajos y en coincidencia con otras investigaciones sobre la temática como, el cuidado en salud mental se ha mostrado resistente al cambio y con cierta persistencia de las situaciones que implican una violación manifiesta de los derechos humanos de las personas que padecen en salud mental.

En ese espacio de tensión, la formación académica cobra un rol fundamental, para guiar las prácticas que apunten a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas asistidas. En el espacio de su aplicación concreta, es dónde pueden ponerse de manifiesto las dificultades de transformar un modelo profesional instituido y legitimado por los profesionales que lo ejercitan. Con estos motivos, insistimos en que el análisis del espíritu de la ley, permiten repensar la formación de los

recursos humanos en el grado a la luz de lo que de ella se desprende para promover una implicación del quehacer profesional donde se hagan visibles los escenarios complejos y cambiantes en que se actuará en el campo de la salud mental.

La Ley ha desencadenado amplios procesos de discusiones, enfrentamientos y conflictos que nos llevan a repensar las participaciones de los distintos actores, y los intereses de los diferentes sectores, que resisten o impulsan los cambios.

Bibliografía

Basaglia, F. (1976). *La institución negada*. Seix Barral. Barcelona.

Chardon, M.C. (2008) *Representaciones Sociales del Cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Vol 60 N°2*. ISSN 1809-5267 Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Filosofia e Ciências Humanas -Instituto de Psicologia.

Chardon, M.C. (2012) *El "cuidado" como problema público y político. En la encrucijada entre maternaje-paternaje e inclusión*. En Peregalli, Andrés y Sampietro Yohana (comps) *Maternidades, paternidades y adolescencias. Construirse hombre y mujer en el mundo. Relatos a viva voz*. Noveduc. Colección Ensayos y experiencias. Marzo de 2012.

Foucault, M. (1989). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI.

Menéndez, E. (2002). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*. *Cuadernos Médicos Sociales*, 73: 5-22, Seminario de Tesis. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

Menéndez, E. (2006) *Participación social en salud: las representaciones y las prácticas*. En: E. Menéndez y H. Spinelli Coords., *Participación Social ¿para qué?*. Bs. As.:Ed. Lugar.

Stolkiner, A.; Comes, Y.; Garbus, P. (2011). *Alcances y potencialidades de la Atención Primaria en Salud en Argentina*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2807-2816.

Vidal, V.; Sena S. (2015) *Salud mental: Cuando el cuidado es colectivo. Las empresas sociales*. En Memorias del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria. Cipolletti: Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue.

Visacovsky, S. (2002) *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Alianza Editorial, Buenos Aires.

Zaldúa, G., Bottinelli, M, Tisera, A., Sopransi, M. B; Lenta, M. M y Freire, M. (2011). *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental*. IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN. Instituto Gino Germani, Buenos Aires.

Declaración de Alma-Ata, resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). 6 al 12 de septiembre de 1978.

Declaración de Caracas, Adoptado por la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.

Principios de Brasilia. Adoptado por la Conferencia Regional para la Reforma de los servicios de Salud Mental. “15 años después de Caracas”. Brasilia, Brasil, 9 de noviembre de 2005.

Consenso de Panamá. Adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020. Ciudad de Panamá. Panamá, Octubre de 2010.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Honorable Congreso de la Nación. Promulgada el 2 de diciembre de 2010.

Notas

¹ Zaldúa, G., Bottinelli, M, Tisera, A., Sopransi, M. B; Lenta, M. M y Freire, M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. *IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN*. Instituto Gino Germani, Buenos Aires.

² Visacovsky, S. (2002) *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Alianza Editorial, Buenos Aires.

³ Basaglia, F. (1976). *La institución negada*. Seix Barral. Barcelona.

⁴ Vidal, V.; Sena S. (2015) Salud mental: Cuando el cuidado es colectivo. Las empresas sociales. En *Memorias del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria*.

⁵ Chardon, M.C. (2008) Representaciones Sociales del Cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Vol 60 N°2. ISSN 1809-5267* Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Filosofia e Ciências Humanas -Instituto de Psicologia.

⁶ Menéndez, E. (2002). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*. *Cuadernos Médicos Sociales*, 73: 5-22, Seminario de Tesis. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

⁷ Menéndez, E. (2006) “Participación social en salud: las representaciones y las prácticas”. En: E. Menéndez y H. Spinelli Coords., *Participación Social ¿para qué?*. Bs. As.:Ed. Lugar.

⁸ Stolkiner, A.; Comes, Y.; Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria en Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2807-2816.