



El abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención: los aportes de la teoría de la actividad

Autorxs	Contacto	DNI
Ramiro Garzaniti	ramiro.garzaniti.unlp@gmail.com	34295981
Verónica Zabaleta	veronicazabaleta@gmail.com	25554368

Eje: Abordajes comunitarios interdisciplinarios e intersectoriales

Palabras clave: salud mental – atención primaria de la salud – primer nivel de atención – teoría de la actividad

Resumen:

El presente trabajo se inscribe dentro de una investigación más amplia que se propuso caracterizar la actividad de las psicólogas en el Primer Nivel de Atención (PNA) en un municipio de la provincia de Buenos Aires. Para alcanzar el mencionado objetivo se recuperan los aportes del campo de la salud, de la psicología comunitaria y de la psicología de la salud, articulándolos con la teoría de la actividad. Esta perspectiva delimita como unidad de análisis a la actividad entendida como un sistema en el que se interrelacionan diferentes componentes, enfatizando factores contextuales como la comunidad, la división del trabajo, las reglas y las herramientas, permitiendo un abordaje superador de la dicotomía individuo/sociedad. El PNA es un ámbito laboral complejo que requiere diversas aptitudes por parte de los trabajadores, al ser el primer punto de contacto entre la población y el sistema sanitario y por esta razón las demandas recibidas son heterogéneas, exigiendo distintas respuestas. Diversas investigaciones han demostrado que esta estructuración del sistema sanitario permitiría que hasta un 90% de las problemáticas que se presenten en este nivel sean resueltas, evitando la saturación de los niveles de mayor complejidad y haciendo al sistema en su totalidad



más eficiente y eficaz. La propuesta metodológica del estudio incluyó 20 entrevistas semiestructuradas a psicólogas que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Las entrevistas fueron analizadas recuperando los componentes centrales de un sistema de actividad de acuerdo a la propuesta de Yrgo Engeström. Los resultados obtenidos en la investigación convergen en mostrar que las psicólogas en el PNA tienden a centrar sus intervenciones en la atención clínica individual, de acuerdo a un modelo restrictivo. Las tareas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, centrales en el PNA, resultan escasas e incluso generan contradicciones éticas entre las entrevistadas al sostener que aquello “no es trabajo del psicólogo”. La formación de grado y el perfil profesional de las entrevistadas son elementos relevantes en la comprensión del fenómeno. Los datos obtenidos brindan evidencia empírica acerca de la modalidad de intervención y los servicios de salud mental en este ámbito específico, en relación con los cuales existen escasas investigaciones en nuestro país.

Trabajo completo:

Esta trabajo indaga la actividad que realizan las psicólogas en el Primer Nivel de Atención (PNA), en relación con los marcos normativos al respecto y los aportes de la psicología comunitaria y la psicología de la salud. Para ello, se analizarán los datos obtenidos a través del enfoque teórico-epistemológico que aporta la denominada teoría de la actividad.

1. Introducción: el campo de la salud

En Argentina, el sistema de salud está estructurado en tres niveles de atención y complejidad: un primer nivel, abocado al monitoreo y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de enfermedades que pueden (y deben) ser tratadas en forma ambulatoria; el segundo nivel, que se instituye en el hospital general, gira en torno a la enfermedad y contempla la internación como opción para el tratamiento; finalmente, existe el tercer nivel de atención correspondiente al tratamiento de patologías específicas. El manicomio u hospital especializado en salud mental corresponde a este nivel de atención. El Primer Nivel de Atención que



aquí nos ocupa es el nivel más masivo, planificado como la puerta de entrada al sistema de salud y al que pueden llegar demandas de muy diversa índole.

Desde la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), el Estado argentino (al igual que el resto de los Estados firmantes) sostiene que las políticas públicas sanitarias deben enfocarse en este primer nivel desde una estrategia de atención primaria de la salud. Esto permitiría una organización eficiente del sistema sanitario, que lograría prevenir procesos patógenos, promover salud y generar una organización del sistema acorde a la demanda de la población.

Investigaciones empíricas demuestran que hasta el 95% de los casos que se presentan en el PNA podrían resolverse allí mismo, incluyendo problemáticas relacionadas con la salud mental (OPS, 2007a; Saforcada, 2006; Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007).

Paradójicamente, el comúnmente llamado gasto en salud (en realidad, gasto en enfermedad o, incluso mejor, inversión en salud) se centra en el Segundo y Tercer Nivel de Atención (Ministerio de Salud de la Nación, 2017; Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2015; Saforcada et al., 2010). Según los últimos datos oficiales publicados, en nuestro país el gasto en salud representa un 9,5% del PBI, del cual solo el 25% corresponde a inversión estatal en el sector público, al que pertenecen los Centros de Atención Primaria de la Salud (en adelante, CAPS); el resto corresponde al gasto privado (empresas privadas prepagas o los mismos usuarios) y a las obras sociales nacionales y provinciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2017; Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2015). Del gasto estatal en salud en la provincia de Buenos Aires, un 80% es destinado a hospitales del segundo y tercer nivel de atención (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2015).

En cuanto a la gestión, el primer nivel es administrado por los municipios, mientras que el segundo y tercer nivel quedan a cargo de los gobiernos provinciales. En la provincia de Buenos Aires, el dispositivo central a través del cual los municipios efectúan la atención en salud es el CAPS. Por ello, esta investigación se enmarca territorialmente en el Municipio de La Plata, capital de la mencionada provincia, que cuenta actualmente con 775.000 habitantes según el último censo nacional (INDEC, 2022) y donde se localizan 46 CAPS.

El interés sobre esta temática obedece a la insuficiencia de estudios con los que se



cuenta, particularmente en el nivel local, y a la centralidad que deberán tomar los CAPS en lo que respecta a la atención de la salud mental para cumplir con el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM, 2010) y con las directrices de organismos internacionales. En razón de ello, en este trabajo se examinaron, a través de distintas fuentes de información, cuáles son las actividades específicas que conciernen a este nivel en el ámbito de la psicología. Tales fuentes refieren a la documentación normativa vigente en la materia, así como a la información proporcionada por las propias psicólogas que trabajan en el municipio y a la de informantes clave.

La bibliografía al respecto coincide en observar una dificultad por parte de los psicólogos para responder a las demandas del PNA (Saforcada et al., 2020). Por otro lado, como se mencionó previamente, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) (2010), el PNA adquiere un rol de suma importancia. La reglamentación vigente de la mencionada ley instruye al cierre de los manicomios para el año 2020 y establece que debe reemplazarse el abordaje manicomial por un abordaje de “salud mental comunitaria basado en los principios de la atención primaria de la salud” (LNSM, 2010, § Art. 8). El objetivo de esta ley, siguiendo los principios rectores de la Declaración de Caracas (OPS, 1990), es lograr una desmanicomialización, pues está comprobado que las instituciones cerradas de salud mental son terrenos fértiles para la violación de derechos humanos de los pacientes y no brindan una solución, mejora o ayuda alguna en lo que respecta a los cuidados y la salud mental. Por el contrario, generar y reforzar lazos sociales y brindar una atención integral en la comunidad donde el usuario reside genera mejores resultados (LNSM, 2010; OPS, 1990; Whitaker, 2015). De esta forma, el dispositivo central de atención en salud mental ya no será como el manicomio, “ya no va a ser el teatro de la locura, ya no va a ser el lugar en donde conservamos lo diferente, sino el lugar donde cada uno puede ir sin miedo” (Basaglia, 1978, p. 42).

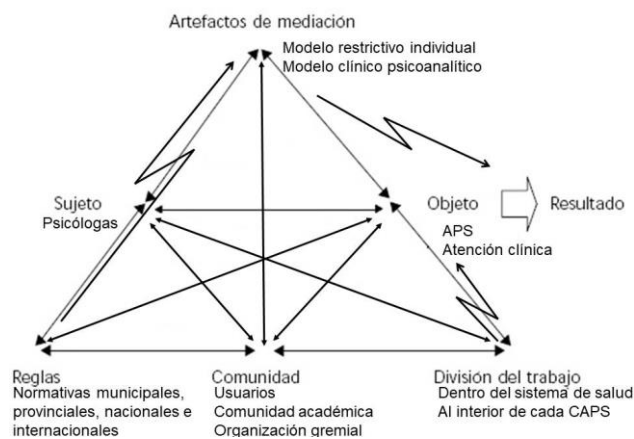
Desde el marco teórico de la psicología de la salud y de la psicología comunitaria (Montero 2003, 2004; Saforcada, 2006, 2010), se buscará discernir si la actividad de las psicólogas corresponde a un modelo restrictivo individual o a un modelo social expansivo (Saforcada, 2010). Este último sería el modelo acorde para cumplir con los objetivos del PNA, enmarcado en la perspectiva de la atención primaria de la salud.

En este abordaje, se incorpora como herramienta teórico-epistemológica la teoría de la actividad (Engeström, 1996, 2008; Engeström & Pyörälä, 2020). Bajo este prisma, se toma la actividad como unidad de análisis para el estudio del quehacer de profesionales de la salud mental en el PNA. Las contradicciones internas susceptibles de identificarse en el sistema de actividad pueden analizarse dialécticamente como fuente de desorganización, innovación, cambio y desarrollo de ese sistema. Contradicción no es necesariamente conflicto, en tanto pueden ser ignoradas por sus actores e integradas a la actividad que se realiza. Sin embargo, las contradicciones se construyen históricamente y van acumulando tensiones que podrían llevar a una modificación del sistema de actividad. Esto permitirá pensar en transformaciones expansivas (Cole & Engeström, 1993; Engeström, 1996; Engeström, 2001). La idea de las contradicciones internas como desarrollo y motor de cambio en los sistemas de actividad, tan poderosamente conceptualizada por Il'enkov (1977, 1982; citado en Engeström, 2001), comenzó a ganar su debida condición como principio rector de la investigación empírica.

A partir del desarrollo precedente pueden delimitarse los siguientes interrogantes: ¿qué tipo de actividad realizan los psicólogos en el Primer Nivel de Atención?; ¿qué tipo de atención brindan estos psicólogos?; ¿estas actividades son realizadas con otros integrantes del equipo?; ¿qué tipo de demandas reciben?; ¿realizan sus tareas al interior del CAPS y/o desarrollan tareas extramuros?; ¿articulan su trabajo con otros efectores en salud y otras instituciones?, ¿de qué manera?; ¿hay normativas claras para este tipo de abordajes?; ¿cómo afecta la formación de grado y posgrado?

2. La actividad de las psicólogas en el Primer Nivel de Atención (PNA)

Para este trabajo se realizaron 20 entrevistas semi estructuradas a psicólogas trabajadoras del PNA en el Municipio de La Plata. En este apartado de resumen los resultados obtenidos haciendo hincapié en las contradicciones halladas dentro del sistema de actividad, teniendo en cuenta su valor como motor para el cambio dentro del mismo sistema.



Actividad de las psicólogas en el PNA y sus contradicciones

Una primera contradicción que se puede señalar es la que se encuentra entre los artefactos de mediación que estas psicólogas utilizan para intervenir y los resultados que se derivan de dichas intervenciones. El principal artefacto mediador lo constituye el modelo de atención clínica de orientación psicoanalítica que las profesionales utilizan en el abordaje individual de pacientes con el propósito de disminuir su padecimiento subjetivo. Los resultados son caracterizados por ellas mismas como insatisfactorios en tanto que identifican dos problemas principales: una baja adherencia a los tratamientos y una escasa demanda de atención.

En las entrevistas, las psicólogas manifestaron que la atención clínica individual es la principal o incluso la única tarea que realizan en el CAPS. A esto se suman dos datos que permiten delinear el perfil de las profesionales: un 60% mencionó que formaba parte de escuelas de orientación psicoanalítica centradas en la atención clínica individual y el 100% que realizaba este tipo de abordaje en el ámbito privado. Al mismo tiempo manifestaron no recibir una cantidad significativa de demandas de atención por lo que la posibilidad de ofrecer sus servicios a la comunidad se veía limitada. Entonces, las tareas se centraban en atender casos individuales, sea por demanda espontánea o bien por derivación de otros profesionales del CAPS. Sin embargo, estas terapias quedaban inconclusas, ya sea por la no adherencia al tratamiento por parte de los usuarios o por la denominada "alta institucional", es decir, la obligación que tenían estas psicólogas de no atender por más de 6 meses a ningún paciente (se entrelaza aquí una contradicción con las reglas del sistema que será abordada más adelante).

Si bien algunas entrevistadas afirmaron realizar otras tareas centradas en la



promoción de la salud y prevención de la enfermedad (talleres de ESI en escuelas, visitas domiciliarias, participación en mesas intersectoriales, entre otras), estas actividades eran marginales respecto a su trabajo cotidiano. De hecho, en muchos casos la inclusión de las psicólogas en las actividades comunitarias era nula, al punto de argumentar que ese no era su trabajo. Algunas entrevistadas que explicitaron esto decían participar de todas maneras, aun no pudiendo dilucidar el vínculo entre su especificidad disciplinar y dichas tareas. Estos últimos casos eran los más problemáticos, ya que, como se señaló previamente, las herramientas que utilizaban para su trabajo (la atención clínica individual de marco psicoanalítico) no lograba sus objetivos, siendo la adherencia al tratamiento muy baja. Por esta razón las entrevistadas comentaban que en muchas ocasiones se encontraban en el CAPS sin tareas para realizar, ya que los pacientes faltaban a los turnos otorgados y ellas sentían que no había otras tareas que fuesen de su incumbencia.

Estos resultados coinciden con lo que la bibliografía en nuestro país y los expertos entrevistados en el marco de este estudio afirmaron respecto al trabajo en salud mental en el PNA: se centra en la atención clínica individual, en muchas ocasiones de forma exclusiva, realizando prevención secundaria.

Esta contradicción entre los artefactos mediadores y los resultados no es descripta como tal por las entrevistadas, sino más bien, como ineficacia debida a cuestiones externas a los tratamientos: los pacientes son difíciles y/o no entienden a la psicología y la APS; la infraestructura no es la óptima y no hay acompañamiento desde los niveles de gestión; las dificultades de los pacientes se deben a cuestiones materiales lo que escapa a sus posibilidades poder solucionar, etc. Un dato interesante aquí, surgido en las entrevistas, es la cuestión ética. Como afirmaron dos psicólogas entrevistadas, no sería ético ejercer la psicología de una manera en el consultorio particular y de otra forma en el CAPS (o en cualquier otro ámbito de trabajo). Este argumento revela un supuesto subyacente: esta herramienta utilizada (clínica psicoanalítica) es la única herramienta válida, no importa el contexto, el objetivo ni el destinatario. Al no haber herramientas totalizantes o perfectas, este argumento es un problema en sí mismo: ningún marco teórico puede ser utilizado siempre, de la misma manera y en todos lados. Pero incluso si se argumentara que en este caso podría ser útil en dos contextos distintos, los resultados, expuestos por estas mismas personas, demuestran lo contrario. Aunque en este caso la



contradicción resulte palpable, siguiendo los lineamientos de la Teoría de Actividad, contradicción no es necesariamente conflicto, en tanto pueden ser ignoradas por sus actores e integradas a la actividad que se realiza. Por otro lado, aunque tal vez un poco solapada, en algunos casos y más explícita en otros, la pregunta acerca de cómo mejorar su trabajo está presente. Este punto, siguiendo la Teoría, es plausible de abrir un proceso dialéctico que permita una nueva síntesis.

Una segunda contradicción, relacionada con la descripta previamente, es la que se puede observar entre las reglas propias del sistema de actividad y los artefactos mediadores utilizados por las psicólogas.

Una de las reglas impuestas por el sistema es la denominada “alta institucional”, que como ya se mencionó implica que los pacientes sean dados de alta luego de un periodo determinado de tratamiento. Los expertos entrevistados calificaron como un delito penal esta medida, pero aun así instaura una norma que debe ser cumplida por las psicólogas que trabajan en CAPS de acuerdo a lo que establece el protocolo realizado por el Municipio para la atención y cuidados en salud mental en dicho ámbito. Esta limitación temporal de la psicoterapia establecida reglamentariamente representa un oxímoron respecto de los marcos teóricos con los que las entrevistadas trabajaban, ya que los procesos terapéuticos que ellas establecen no pueden enmarcarse temporalmente y, en todo caso, no podrían ser de tan corta duración. Algunas psicólogas explicitaron o bien no seguir esta regla o bien continuar el tratamiento en el consultorio particular, lo que nuevamente puede traer a la escena la problemática ética.

Además, aparece una contradicción complementaria entre estas dos dimensiones del sistema de actividad: la falta de coordinación con niveles superiores del sistema de salud que, dada nuestra organización administrativa, dependen de la jurisdicción provincial. Y es que, si hubiera algún tipo de referencia y contrarreferencia aceptada entre el Primer Nivel de Atención (municipal) y el Segundo y Tercer Nivel (provinciales) podría evitarse el problema del alta institucional, realizando la derivación correspondiente. De esta forma la atención y cuidados en salud mental podrían funcionar, como se indica desde la Conferencia de Alma-Ata a la fecha, como el primer contacto entre el usuario y el sistema de salud.

Sin embargo, la psicoterapia también está indicada para este nivel de atención (Ley 26.256, artículos 7, 8 y 9). Pero como se mencionó, al contar el municipio con poco



personal es imposible realizar este tipo de abordajes sin descuidar otras tareas. Por lo que aquí se entrelaza una tercera contradicción, entre la división del trabajo y los objetivos del sistema: poco personal (muchos centros no contaban con trabajadora social, odontólogo, pediatra, solo una psiquiatra en todo el municipio, etc.), psicólogas que son contratadas para ir 24 o bien 12 horas al CAPS por semana y objetivos que abarcan la APS, pero también la atención de casos que pueden ser atendidos de manera ambulatoria, en su comunidad y reforzando lazos.

Y es que, si estas psicólogas dedicaran su jornada a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, estaríamos diciendo que no dedican tiempo a la atención psicoterapéutica. Además, no cuentan dentro ni fuera del CAPS con el personal necesario para una atención integral de la salud, por lo que el trabajo inter y transdisciplinario resulta difícil de implementar.

Está comprobado empíricamente (Saforcada et al., 2020; Stolkiner, 2017) y, además, forma parte de las directivas de los organismos nacionales e internacionales que el trabajo interdisciplinario en la atención primaria de la salud es una actividad necesaria e imprescindible para lograr los fines de la APS. El trabajo interdisciplinario implica reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina y por ende reconocer la necesidad de trabajar en conjunto desde distintas disciplinas para lograr aprehender la complejidad de, en este caso, la atención y cuidados en salud y salud mental.

Un concepto que resulta interesante articular con los de interdisciplina y transdisciplina es el concepto de interagencialidad que se propone desde la teoría de la actividad. Si bien esta noción se centra en los agentes y no en las disciplinas, permite comprender el trabajo conjunto alrededor de ciertos objetivos (Engeström, 2008).

En los materiales recogidos en la presente investigación, la interdisciplina aparece considerada como una dificultad que se expresa en la imposibilidad de las psicólogas de trabajar con sus compañeros e incluso realizar reuniones entre los integrantes del staff. Las psicólogas explicitaron trabajar la mayor parte del tiempo solas, sin siquiera seguir directivas del director/a del CAPS, Dirección de APS, Secretaría de Salud, etc. Por lo tanto, en algunos casos la interdisciplina era nula, en otros casos afirmaron articular con la trabajadora social al realizar talleres en las escuelas, visitas domiciliarias y/o acudir a las mesas barriales. Recordemos aquí, no



todos los CAPS contaban con trabajador social y en algunos casos las psicólogas se reusaban a realizar este tipo de tareas, por lo cual no había trabajo interdisciplinario aun habiendo psicóloga y trabajadora social en dicho CAPS. La relación laboral con sus compañeros profesionales del CAPS se reducía entonces a las interconsultas o derivaciones. Incluso podían no compartir horarios y por ende no verse durante su horario laboral. Según narraron nuestras entrevistadas estas interconsultas y derivaciones solían tener una sola dirección y dos derivantes: el pediatra y la ginecóloga derivaban sus pacientes a la psicóloga del CAPS de creerlo necesario. Estos resultados coinciden con investigaciones en la materia en nuestro país que muestran que en el campo de la salud el trabajo interdisciplinario es recomendado, pero no es realizado y, en el mejor de los casos, se realizan las mencionadas interconsultas (Saforcada, 2006, 2015), es decir que dos o más profesionales abordan un caso, pero cada uno desde su perspectiva, como compartimentos estancos y divididos, abordando la parte y entendiéndolas como el todo, la sinécdoque aplicada al campo de la salud. Esto que encontramos se titula, siguiendo a Follari (2014), “interdisciplina de baja intensidad”. Siguiendo la teoría de la actividad podríamos denominarlo “coordinación”. Y es esto lo que observamos en nuestro trabajo de campo, corroborando aquello que los sanitaristas citados afirman.

3. Discusión

Quisiera finalizar este trabajo señalando que existe suficiente evidencia que avala la consideración del Primer Nivel de Atención como un pilar esencial en el sistema de salud. En tiempos de tecnocracia neoliberal se vuelve necesario remarcar la importancia de los abordajes centrados en la comunidad, promoviendo salud, evitando el desarrollo de procesos patógenos, sin romper y reforzando lazos sociales, lo que redundaría en una mejor atención de la salud y por ende en una mejor calidad de vida para los usuarios. De esta forma se fomenta el polo subjetivante de la salud, que sin renunciar al horizonte de la “salud para todos”, que no es otra cosa que pensarla como derecho, se entrama con la consideración de lo singular en relación con lo cual, la tarea del psicólogo, o como se ha mostrado en esta tesis, de las psicólogas, constituye un eslabón fundamental. Una formación para el trabajo comunitario debería estar dirigida hacia el fortalecimiento de espacios y prácticas comunitarias generadoras de salud. La tensión entre la demanda asistencial y la

búsqueda de fortalecimiento de lo comunitario no debe ser vista como una contraposición entre “lo clínico” y “lo comunitario” sino que tiene que ser pensada desde las intersecciones posibles. En ese sentido, el concepto de articulación entendido como una conexión parcial (Stolkiner, 2015), nos puede ayudar a pensar las interfaces entre dos prácticas en permanente constitución que, si bien no son análogas, no dejan de tener puntos de entrecruzamiento y encuentro.

Para poder modificar el escenario actual es necesario que haya un espacio de consenso, de acuerdos en torno a determinados principios; una concepción de salud integral y un posicionamiento ético-ideológico que enmarque las acciones en una praxis acorde a los fines propuestos. Trabajar de manera interagencial, interdisciplinaria y con la participación de la comunidad plantea importantes desafíos a las prácticas profesionales de las psicólogas, y por lo tanto a la formación de los recursos humanos.

4. Bibliografía

Basaglia, F. (1978). La institución psiquiátrica de la violencia y ¿Psiquiatría o ideología de la locura? En A. Suarez (Ed.), Razón, locura y sociedad (5-55). Siglo XXI.

Basaglia, F. (2008). La condena de ser loco y pobre. Topia.

Engeström, Y. (1996). Los estudios evolutivos del trabajo como punto de referencia de la teoría de la actividad: el caso de la práctica médica de la asistencia básica. En S. Chaiklin & J. Lave (comps.), Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto (pp. 78-118). Amorrortu.

Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14(1), 133-156.

Engeström, Y. (2009). The Future of Activity Theory: A Rough Draft. En A. Sannino, H. Daniels & K. Gutiérrez (Eds.), *Learning and Expanding with Activity Theory* (pp. 303-328). Cambridge University Press.

Klappenbach, H. (1998). Historia de un problema de identidad en la psicología argentina. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 3(4), 159-168.

Ley Nacional N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>



Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2015). Gasto en Salud en la Provincia de Buenos Aires.

http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/economiadelasalud/files/2015/06/Analisis-del-Gasto-en-Salud_2015_01.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2017). Políticas de Salud.

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf

Montero, M. (2003). Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. Paidós Tramas Sociales.

Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Tramas Sociales.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Organización Mundial de la Salud (1978). Atención Primaria de la Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1986). El componente de la salud mental en la atención primaria. <https://apps.who.int/>

Organización Panamericana de la Salud (1990). Declaración de Caracas. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2017). Atención Primaria de la Salud. www.paho.org.

Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. Saúde Em Debate, 36(94), 327-342.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v36n94/a03v36n94.pdf

Saforcada, E. (2006). Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Paidós.

Saforcada, E. (2013). Psicología sanitaria: historia, fundamentos y perspectivas. Psiencia, Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica, 4(2), 120-130.



- Saforcada, E., De Lellis M., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Paidós Tramas Sociales*.
- Saforcada, E., De Lellis M., Morales Calatayud, F., & Moreira Alves, M. (2020). *El factor humano en salud pública. Nuevos Tiempos*.
- Sannino, A., & Engeström, Y. (2020). Cultural-historical activity theory: founding insights and new challenges. *Cultural-historical psychology*, 14(3), 43-56.
- Scharager Goldenberg, J., & Molina Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149–159.
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n3/149-159/>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Stolkiner, A. (2015). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. En J. Llambías Wolf (Ed.), *La enfermedad de los sistemas de salud-miradas críticas y alternativas* (pp. 161-177). RIL Editores.
- Szasz, T. (1978). El mito de la enfermedad mental. En A. Suarez (Ed.), *Razón, locura y sociedad* (pp. 85-102). Siglo XXI.
- Tobar, F. (2012). Políticas de salud: conceptos y herramientas. En *Ética, bioética y jurídica* (pp. 2-14). La Ley. <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas>
- Tobar, F. (2022). Neoliberalismo y salud. *Revise*, 12(1), 65-73.
- Whitaker, R. (2015). *Anatomy of an epidemic*. Crown Publishers.