

ENFERMEDAD Y MEDICAMENTOS

La mercantilización de un bien de uso

Por
Dra Lesbia Muro
y **Msc Luis M.
Gómez M**

La enfermedad como resultado de una dinámica social subsumida en la relación producción-distribución-consumo, es una expresión necesaria de la actividad que desarrollan los seres humanos entre sí y en su relación con el ambiente, de alguna manera vinculada con la capacidad de respuesta de una persona ante determinadas situaciones, la enfermedad se presenta siempre como el resultado de un proceso de interacción y transformación del organismo vivo de tal manera que le ocasiona limitaciones en su desempeño, situación interpretada por cada cultura de acuerdo con el conjunto de sus representaciones simbólicas, síntesis de sus procesos históricos (Fitzpatrick, 1990; Fernández, 2007).

La concepción mecanicista de la enfermedad, propia de una lógica biologicista, de fuerte herencia positivista, la define como una alteración orgánica, fisiológica y por lo tanto funcional, que puede ser susceptible de normalización a través de una intervención de la misma naturaleza (biomecánica, biomédica) y con alcances que van desde una recuperación del nivel funcional anterior por reacomodo del órgano

o sistema afectado, hasta un desenlace fatal o con secuelas que tienden a devenir en algún grado de discapacidad. Esta concepción supone un atributo previamente definido que arrojará los mismos resultados siempre que se mida del mismo modo y con los mismos instrumentos, mediante una lógica deductiva que no objeta la ley, dada como universal.

La concepción mecanicista es por tanto positivista pues siempre lógico o metafísico dependiendo de la naturaleza del objeto, impone un *continuum* razonamiento que va de lo simple a lo complejo, de lo evidente sensorial a lo desconocido estructural (Brausntein, 1981; Balestrni, 2009). Es decir, dados los métodos de diagnóstico, se obtendrán determinados resultados, susceptibles de medición en unas condiciones que permiten su reproducibilidad. La medición es un elemento que acompaña necesariamente al paradigma biomédico, mecanicista, propio del perfil civilizatorio de occidente, descriptivo, analítico, perceptivo y sensorial; sirve para establecer parámetros diferenciadores de un estado de cosas cuyo nivel de ocurrencia se mide en virtud de una falla métrica,

morfológica y funcional, referencia necesaria para la mirada del sujeto observador, la medición constituye un auxiliar de la actividad sensorial y perceptiva del médico. *“Probablemente la clínica sea el primer intento, desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el cuerpo perceptivo y una práctica sólo desde el ejercicio de la mirada... Supone, sin interrogarla, la visibilidad de la enfermedad, y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción.”* (Foulcault, 2008, p. 126).

La medición permite hacer visible el signo. Reafirma la hipótesis generada por los síntomas percibidos por el médico en primera instancia, a través del mensaje emitido por el afectado, un lenguaje que reinterpreta y procesa a través del reconocimiento del signo, para tomar decisiones sobre el paciente. La medición hace posible al observador obtener información sobre la distancia de lo observado con la norma, el prototipo de la especie, lo funcional, lo esperado, lo estandarizado. El cuerpo humano se constituye en objeto de medición. La relación entre el observador y el observado se concibe en una sola dirección, que abarca dos entidades

con un papel diferencial: el sujeto observador y el objeto observable, entre ambos opera un nivel de dominación, quedando el objeto (cuerpo humano) supeditado al observador: el médico, que en tal relación no media como posibilidad real su propia objetivación. Se enfrenta a un proceso de interpretación a partir de la información procesada por los instrumentos de medición y por el propio lenguaje con el cual el afectado refiere determinados síntomas. Aludiendo a **Foucault (2008)**, la biomedicina se comporta como una ciencia del individuo. El significado resultante de la relación entre el síntoma y el signo minimiza la incertidumbre entre el hallazgo y la realidad en determinadas condiciones.

El empleo del referente, concebido como el prototipo de la especie, como objeto ideal (en este caso descontextualizado de su realidad cultural, social, económica, un ser genérico y fálico-condición necesaria para una génesis patriarcal), requiere de la homogenización progresiva del objeto, su unidimensionalidad, circunstancia que facilita la actividad clasificatoria expresada de la manera más acabada en la organización

hospitalaria. Órganos y tejidos definen la conformación de los servicios: Nefrología, cardiología, dermatología, neumonología, ginecología, gastroenterología, entre otros. Se atomiza tanto el saber como el paciente, que es desagregado en órganos, medido, clasificado y zonificado. La práctica médica occidental se centra en el diagnóstico y la terapéutica de la enfermedad objetivada en el órgano afectado. Para **Foucault (2008)**, es sobre éste, en principio, y no sobre el paciente como un todo biológico, sociohistórico y psicológico, que se dispone todo el aparato de la intervención. En ese escenario, la terapéutica con medicamentos es igualmente diversa y profusa. Responde a la misma entidad clasificatoria y al máximo de subespecialización capaz de diferenciarse en un hospital.

Ahora bien, las circunstancias coyunturales e históricas del sujeto que sufre y enfrenta

la enfermedad, no ya como

organismo puramente biológico sino en su dimensión sociocultural, en su modo de vida, no son bien contempladas por el paradigma biomédico. Se comprende que la idea de enfermedad constituye una abstracción, reflejada

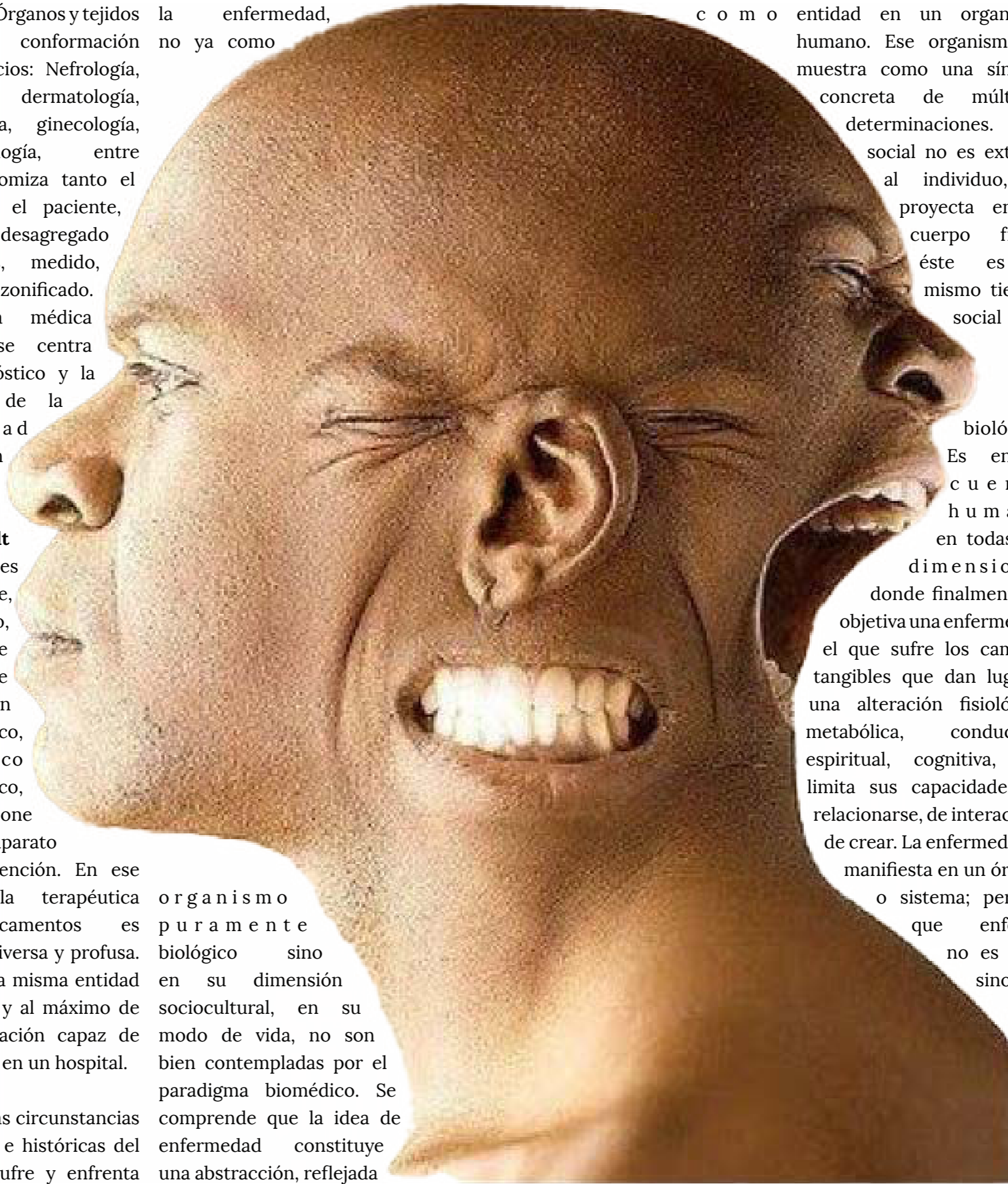
como entidad en un organismo humano. Ese organismo se muestra como una síntesis concreta de múltiples determinaciones. Lo social no es externo al individuo, se proyecta en su cuerpo físico, éste es al mismo tiempo

social y biológico. Es en el cuerpo humano en todas sus dimensiones donde finalmente se objetiva una enfermedad, el que sufre los cambios tangibles que dan lugar a una alteración fisiológica, metabólica, conductual, espiritual, cognitiva, que limita sus capacidades de relacionarse, de interactuar, de crear. La enfermedad se manifiesta en un órgano o sistema; pero el que enferma no es éste, sino la

persona. Tratar el órgano afectado aisladamente, no es atender al enfermo. (**Peña, 2003**). Esta forma de tratamiento facilita la mercantilización del cuerpo humano, lo dispone para la negociación, para la plusvalía. No sólo la terapéutica es mercancía.

Incluso, en su definición de enfermedad, la **OMS (1946)** señala: "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible" (p.1), concordando con el paradigma mecanicista que desestima hablar de enfermo para referirse a la enfermedad.

La enfermedad no se manifiesta de igual manera a lo largo de la historia, pues se producen cambios anatómicos y fisiológicos en los individuos (por determinaciones externas e internas), que condicionan la manera de responder y reaccionar ante determinada circunstancia adversa. Hay transformaciones progresivas en el reconocimiento y reproducción de respuestas de detección e intervención, en su comprensión e interpretación, amparados



en determinados paradigmas, (posturas que van desde un idealismo mecanicista hasta un planteamiento dialéctico concreto), contextualizados en la historia del pensamiento de occidente (Peña, 2003).

En relación con la enfermedad, hay dos niveles de la experiencia, la transformación que ocurre en el cuerpo donde se objetiva lo definido culturalmente como situación morbosa y el encuentro con el cuerpo afectado desde la perspectiva del interventor. En el primer caso la persona se enfrenta a un proceso que impacta su relación con el entorno y la percepción sobre sus propias habilidades y facultades (la conciencia de su cuerpo) y en el



condiciona la posición de las personas y sus relaciones con otras personas y con las instituciones.

El paradigma biomédico excluye situaciones relacionadas con los siguientes escenarios:

1. La interpretación del observador, independientemente del objeto de medición y de sus resultados, es siempre un proceso subjetivo vinculado con las condiciones materiales de su propia existencia, que lo conduce a tomar una decisión.
2. La dimensión social

y cultural de individuo observado.

3. La posibilidad de ser al mismo tiempo observador y observado y el peso que esa condición tiene sobre la decisión.

4. La incertidumbre siempre latente en el diagnóstico.

5. La manifestación diferencial de una enfermedad en función de las condiciones materiales de existencia del afectado.

Foucault (2008) considera que el movimiento histórico no conduce a cambios en la

debe contemplarse como una totalidad. "(...) Al dominar el componente social en las relaciones humanas, la realidad biológica no se da de forma independiente, sino que es parte de esa realidad social. Por ello se considera que la caracterización de la enfermedad y de su proceso se hará en función a la especificidad histórica de una sociedad. (...) Estas consideraciones son aplicadas a la hora de intervenir individual y colectivamente mediante los mecanismos activos, participativos y de comprensión teórica y práctica." (Martínez, Antó, Castellanos, Gili, Marset, y Navarro, 1998, p. 87).

enfermedad sino en la forma de medirla interpretarla y comprenderla. En tal sentido, dando por sentadas las formas de producción, distribución y consumo; los valores, las costumbres y los modos que tiene una población de concebir el universo de sus relaciones sociales, terminan por expresar el carácter que le es atribuido al hecho de enfermar.

El proceso de enfermar responde a una concreción histórico-lógica. Este carácter histórico proporciona un dominio de la realidad que

1999); Laurell, 1975, Muro, 1999).

Este modelo explicaba la enfermedad como el resultado de la interacción de factores ambientales y fisiológicos en un territorio geográfico determinado, basado en la certeza de una relación de dependencia entre el ser humano y su ambiente natural (fundamentalmente físico-geográfico).

La degradación del ambiente generado por la actividad económica, que trae consigo una necesaria transformación de la naturaleza, asociado a unas deficientes condiciones de vida y débil práctica pública sanitaria, se constituyen en el principal elemento que explicaría situaciones endémicas como el paludismo. Estos postulados son reforzados con tesis (como la de Lancisi) que asociaban la presencia de agua estancada con la emanación de vapores pestilentes productores de miasmas causantes de diversas enfermedades endémicas (Martínez, Antó, Castellanos, Gili, Marset, y Navarro, 1998).

Según el modelo expuesto, lo social se interpretaba como condiciones ambientales insalubres: malos olores, ausencia de higiene y



saneamiento, condiciones de trabajo desfavorables. Las epidemias y otras enfermedades eran asumidas como consecuencia del caos social, de los malos hábitos de higiene. La respuesta sanitaria se dirigía a atender problemas colectivos, centrados en abordar las condiciones ambientales que se creían causa directa de la presencia de enfermedades.

Estas consideraciones son enriquecidas en el plano político, económico, médico

y sanitario con obras de grandes pensadores de la época como **Voltaire**, **Montesquieu** y **Rousseau**, entre otros, éste último escribe su famoso Discurso sobre el origen y fundamento de la desigualdad entre los hombres en el que reseña un concepto de “enfermedades evitables” como aquellas que son autoinflingidas por la civilización al abandonar las condiciones naturales

(**Rousseau, 1999**).

Un trabajo que necesariamente debe destacarse, es el realizado por **Johann Peter Frank**, quien muy influenciado por el pensamiento de Rousseau, analiza científicamente, la relación entre pobreza y enfermedad. A él se le encomienda en Viena, la formulación de políticas sanitarias. Para **Marset y Sáez (1995)**, su obra es el “punto de arranque de la Higiene Pública”. En la introducción de uno de sus textos más reconocidos: *System einer vollständigen medizinischen Polizey*, señala “La política médica... como ciencia de la política en general, es el arte de la prevención..., es en especial un arte que alienta el bienestar corporal” (**Peter Frank, 1784. En Sigerist, 2006**).

Este contexto, coincide en Europa, con el desarrollo del modelo de Estado que permite la creación de policías de salud y juntas médicas. Las medidas de Estado, como nueva forma de gobierno, se centraron fundamentalmente en la creación de sistemas de información (conocer, contar y controlar la población), lo cual marca el origen de la estadística y la demografía; la aplicación de medidas higiénicas de carácter obligatorio (la higiene como norma social) y la creación de

hospitales y asilos al mismo tiempo que procuraba la eliminación de hospicios medievales caracterizados por ambientes insalubres. (Martínez, Antó, Castellanos, Gili, Marset, y Navarro, 1998).

Otro trabajo importante en esta corriente ambientalista es el *Informe Chadwick (1840)* denominado “Las condiciones de la población laboral en Gran Bretaña”, cuyo planteamiento central partía de la premisa que las condiciones de salud de la población dependían de las condiciones socioeconómicas y de saneamiento. Así mismo **Shatuck**, en EE.UU (1850), publica su Informe de la Comisión Sanitaria. Con base a sus recomendaciones se crearon Servicios de Salud e Higiene Pública, basados en ingeniería ambiental, legislación e inspección.

Un segundo modelo puede explicarse a partir de una serie de hechos sociopolíticos fundamentales: la revolución francesa, la revolución industrial y el auge de la ciencia positivista que centrará su actividad interpretativa y analítica en la individualización del objeto a estudiar.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, a partir de los grandes descubrimientos



adelantados en el campo de la microbiología con la obra de Louis Pasteur y los aportes posteriores de Koch; surge la concepción de la enfermedad como un hecho fundamentalmente biológico. A partir de este enfoque se dejan de lado las teorías miasmáticas, en consecuencia, los modos de intervención sanitaria dejan de tener una orientación poblacional para centrarse en el individuo. Se desplaza así el factor social, sustituyéndolo por una nueva forma de explicación científica del fenómeno.

El modelo explicativo es biológico y uncausal. Se identifica un agente infeccioso considerado como la causa de aparición de una patología. Una causa produce un efecto, mediante una relación lineal. En este período se descubren los agentes infecciosos causales de un gran número de enfermedades infecciosas como la tuberculosis (*Bacilo de Koch*) y la fiebre tifoidea (*Salmonella Tifus*). Emerge, como resultado de un continuum de discusión y descubrimientos, el concepto de predisposición genética

para explicar la distinta susceptibilidad entre dos o más individuos a un mismo agente infeccioso, e inclusive la tendencia hacia diferentes formas de criminalidad y desarrollo de enfermedades mentales (Fitzpatrick, 1990); (Foulcault, 2008).

Este modelo explicativo, biológico y unicausal, da lugar al enfoque epidemiológico tradicional (siglo XX), basado en la tríada: agente-medio-huesped. Nace la teoría del contagio, las enfermedades infecciosas pueden transmitirse de un individuo a otro por distintos mecanismos. Los agentes son considerados como organismos infecciosos que causan la aparición de enfermedades. La interacción y desequilibrio entre los elementos de la tríada conducen a la aparición de la enfermedad (Peña y Paco, 2003; Foulcault, 2008).

Este modelo se desarrolló en un momento histórico en el cual las enfermedades infecciosas eran el principal problema de investigación en salud y el fundamento de la naciente epidemiología. Sin embargo, no era suficiente para explicar la presencia y desarrollo de enfermedades no infecciosas, en aumento debido a los efectos de

la industrialización, las migraciones hacia las ciudades, entre otras expresiones fenoménicas relacionadas con la ocurrencia de diversos eventos de salud.

Fortalecido con el desarrollo de la tecnología y de la clínica, la concepción de la epidemiología tradicional, profundiza la separación de la enfermedad de sus determinaciones sociales (Fitzpatrick, 1990). Esta separación abarca las acciones estatales produciendo divisiones entre la acción sanitaria orientada hacia la clínica (netamente individualizada) y las acciones de carácter público. Situación que se conoce como el proceso de medicalización de la salud (Testa, 1989), los problemas de salud se tratan básicamente, mediante la atención médica del enfermo. Lo que anteriormente se consideraba como higiene pública, pasa a ser medicina preventiva y social. Las acciones sanitarias, por derivación, se orientan hacia la organización de servicios médicos de atención a la enfermedad, con el apoyo de la medicina preventiva.

Un tercer modelo es aquel considerado como el retorno de lo social hacia la segunda mitad del siglo XX. Este modelo se apoya en enfoques

epidemiológicos que incorporan a la explicación de la enfermedad, lo social, entendido como nivel de vida y caracterizado por ingreso familiar, nivel educativo, nivel ocupacional y lugar de residencia.

La aparición de la enfermedad deviene de determinantes biológicos y económicos. Surgen los modelos explicativos multicausales (causa múltiple-efecto múltiple) inherentes a cada uno de los elementos de la tríada epidemiológica (agente, medio, huésped), cuya interacción condiciona la aparición de una o varias enfermedades en determinados sujetos. En esta concepción del proceso de enfermar, el ambiente es considerado en su dimensión física y social, pero externo al individuo (Peña y Paco, 2003; Martínez, Antó, Castellanos, Gili, Marset, y Navarro, 1998).

Al mismo tiempo se desarrollan otros postulados que retoman lo social como una síntesis de aspectos culturales y psicológicos, más allá de lo puramente económico. Las prácticas en salud se articulan con estos modelos de comprensión del fenómeno.

Con el modelo multicausal se incorpora el concepto de riesgo, cuya instrumentación permite identificar individuos con distintas posibilidades de enfermar y morir. Se considera que la manipulación del factor de riesgo puede conducir a la posibilidad de prevenir o evitar la manifestación de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de la consideración de lo social, éste sigue mostrándose como un factor externo al proceso y como una proyección

ampliada del modelo biomédico (Martínez, Antó, Castellanos, Gili, Marset, y Navarro, 1998).

Resumiendo, los tres modelos descritos anteriormente, se pueden señalar diferencias sustanciales respecto a: 1) los criterios para definir o caracterizar el daño o la enfermedad, 2) consideración del sentido de lo social, 3) La explicación causal del fenómeno (la enfermedad) y 4) la orientación de la política sanitaria.

Aun con los avances teóricos (incluso con posturas disímiles cuyo análisis no es

sustentado en una concepción del saber científico que idealiza a tal punto el conocimiento que pierde su incidencia sobre lo real, ubicándose como categoría al margen de lo concreto, "El aislamiento del espíritu respecto de la producción material eleva sin duda su cotización, pero, al mismo tiempo, hace de él el chivo expiatorio de todo lo cometido por la práctica" (Horkheimer y Adorno, 1969: 213-214). De este modo deviene el tratamiento del objeto como instancia pura en contenido y forma. El saber, así concebido, facilita la aprehensión de una realidad atomizada y constituida en aspectos aislados: Hombre, naturaleza, cuerpo, educación, trabajo, salud, historia, enfermo,





mujer; separación que ha permitido al poder mantener su hegemonía sobre la base de un espíritu positivo que concede a los hechos una significación intrínseca y armónica, funcionalmente relativa dando lugar a un desplazamiento de la causa por el efecto, y con cambios históricos que se asumen neutrales e inmanentes.

Hacia el año 1960, **Mac Mahon** desarrolla la denominada red causal que concebía la enfermedad como un gran complejo entramado de factores cuyo movimiento daba lugar a una situación de riesgo o desenlace. El concepto de cadena causal, como cascada jerárquica de situaciones, se sustituye por el concepto de red (**Mac Mahon,**

2001). Al abordar un factor de la red, se da lugar a un proceso preventivo; sin embargo, a este modelo (de rigurosa elaboración estadística), se le ha criticado su carácter reduccionista que coloca en el mismo plano causal todas las determinaciones.

Una postura más recientemente del fenómeno (finales del siglo XX), con un criterio no funcionalista ni mecanicista, es la reivindicada por la epidemiología crítica (cuyo fundamento epistemológico parte del materialismo histórico) en el marco de la salud colectiva (**Breilh, 2003; Breilh, 2013**). Esta destaca el papel de las relaciones sociales en un contexto particular, objetivadas históricamente

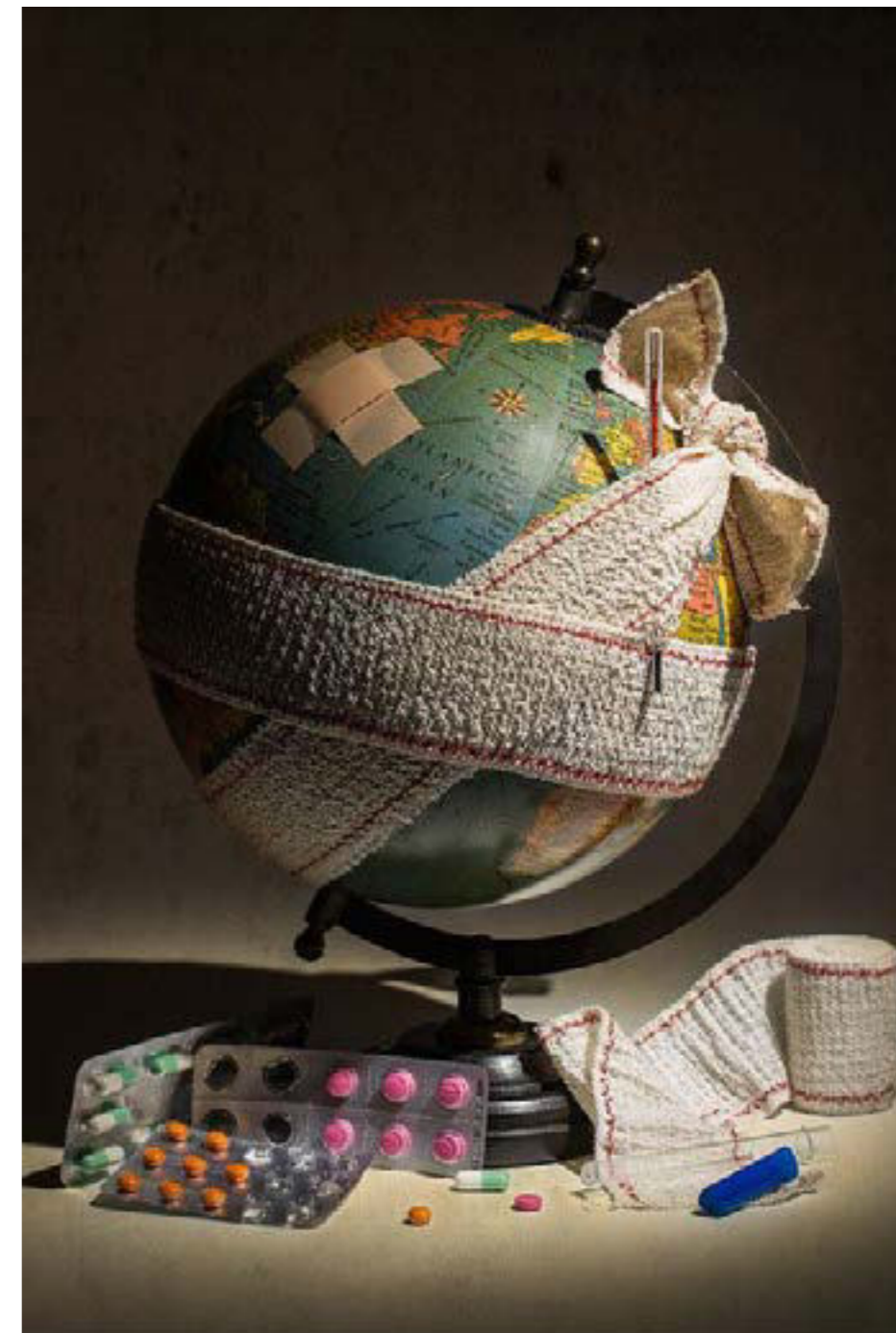
mediante la concreción de unas condiciones de existencia, que se expresan en los modos de vida (su producción y reproducción) y constituyen escenarios donde se manifiestan las desigualdades, la regulación social, la concentración del poder (no distribución) y la concentración (o propiedad privada) de los medios necesarios para superar las necesidades. La mayor preocupación de este modelo en palabras de **Jaime Breilh** es el riesgo de una

... *asimilación acrítica de categorías de potencial uso epidemiológico como las de buen vivir; calidad de vida y vida saludable, que han proliferado en los vademécums técnicos o que incluso han sido*

promovidos a la categoría de principios constitucionales en algunos países. Si no se comprende la necesidad de articularlos a la determinación social de la acumulación de capital terminarán convertidos en simples términos del neofuncionalismo (2013, p 24).

Y reproduciendo la lógica capitalista en un modelo de Estado socialista. “...el conjunto de determinaciones que conforman las prácticas profesionales está contenido globalmente en la conformación del Estado, mediante los mecanismos que legitiman la ciencia como fundamento de lo que esta define como profesional y de la autorización burocrática de dicha práctica (**Testa, 1989, p. 69**).

Cuando el medicamento, pasa a ser propiedad del capital en la dinámica de toma de decisiones políticas (como resultado obligado de un modelo neoliberal), se constituye (en el contexto del mercado) en una herramienta para uniformar. Es el medio de mayor trascendencia de la industria farmacéutica por el impacto que implica su uso en la transformación de una persona en máquina de consumo, en ese momento es convertido en mercancía haciendo difuso su vínculo



con la enfermedad y con el enfermo.

La cualidad depredadora del modelo de producción capitalista sobre el ambiente, genera cada vez más enfermedades, y en consecuencia más sujetos enfermos, con necesidades de salud diversas, convirtiendo en enfermedad, cualquier situación que pueda generar

rentabilidad a través del consumo de medicamentos. Es un escenario propicio para aumentar el conjunto de herramientas terapéuticas medicamentosas, cuya función es “ayudar” a sobrellevar las consecuencias de la violencia contra la cultura y la naturaleza, finalmente percibida en la individualidad del ser. Se genera un círculo vicioso o



más bien una espiral viciosa: daño-medicamento-daño. “... para ello el capital se vale de los avances del descubrimiento científico, los promueve y se adueña de ellos. Se vende salud y en pago se adquiere la enfermedad, se comercia la atención médica como los medicamentos” (Laurell, 1975, p. 88)

Balestrini, Miriam. (2009). El discurso médico en el capitalismo. (Algunas de sus premisas constitutivas). Consultores Asociados. Servicio Editorial. Caracas. Venezuela.

Braunstein, Nestor. (1981). Psicología, ideología y ciencia. Ed. Siglo XXI. 7ma. Edición. México.

Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Colección Salud Colectiva. Vol. 17. Lugar Editorial.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31, 13-27.

Fernández, Daniel R. (2007). Cuando la medicina enferma. Editorial Dunken, Buenos Aires, Argentina.

Fitzpatrick, (1990). La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica. México.

Foucault, Michel. (2008). El nacimiento de la clínica. Siglo XXI Editores. Argentina

Horkheimer M. y Adorno, T. (1969). Dialéctica de la ilustración. Buenos Aires: Argentina. Editorial Trotta. BarcelonaMadrid, España.

Laplantine, Françoise. (1999). Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas

y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea. Ediciones Del Sol.

Laurell, A.C., 1975. Medicina y capitalismo en México. Cuadernos Políticos n. 5, pp.80-93.

Mac Mahon, (2001). Epidemiología 2da. Edición. Ed. Marban. Madrid. España.

Marsset Campos, P., Sáez Gómez, J. M., & Martínez Navarro, F. (1995). La Salud Pública durante el franquismo.

Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam, 15, 211-250.

Martínez, F., Antó, J. M., Castellanos, P. L., Gili, M., Marsset, P., & Navarro, V. (1998). Salud pública. Madrid: Editorial Mc Graw Hil.

Méndez, M. (2000). Los rostros y los efectos del medicamento. Un análisis socio-cultural. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 10, 513-538.

Muro, L. (1999). Cuadernos de salud pública. Acerca del concepto de salud. Facultad de Farmacia. Universidad Central de Venezuela.

Peña A, Paco O. (2003). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Tercera parte: Un modelo teórico de enfermedad. An Fac Med.; 64(1).

Rousseau, J. J. (1999). Discurso sobre el origen de la desigualdad. Recuperado de <http://www.elaleph.com/libro/Discurso-sobre-el-origen-de-la-desigualdad-de-Juan-Jacobo-Rousseau/897>.

Sigerist Henry. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(3): 269-279.

Testa, Mario (1989). Pensar en salud. Lugar editorial. Buenos Aires, Argentina.