



## «Precariado» y control social: asistencialismo y exclusión en el ámbito de la salud mental

Manuel Desviat<sup>1</sup>

Recibido: 19 de enero de 2016 / Aceptado: 24 de febrero de 2017 / Disponible on line: 4 de julio de 2017

**Resumen.** La actividad comunitaria, sanitaria y social precisa un Estado que garantice las prestaciones sociales. En el actual escenario político-económico internacional, donde prima la ganancia de unos pocos frente a la solidaridad, el trabajo social y de salud mental se encuentran en la disyuntiva de ser integrados como técnicas asistenciales para paliar los fallos del sistema o la acción a contracorriente conquistando espacios en el horizonte de una sociedad del bienestar. El hecho es que desde el año 2008, inicio de la crisis financiera, se ha incrementado la renta de los más ricos de los ricos y se han acrecentado también las desigualdades en el mundo, precarizando las clases medias, especialmente en el sur de Europa. En España hoy resulta difícil hablar de derechos sociales para toda la ciudadanía, pues amplias franjas de la población no tienen garantizado el derecho a la atención sanitaria, a la vivienda o a prestaciones sociales esenciales. Se impone un asistencialismo graciable, una vuelta a criterios propios de la beneficencia, y a la instrumentalización de los recursos públicos como medios de control social.

**Palabras clave:** asistencialismo; control social; salud mental; prestaciones sociales; desigualdad.

### [en] Precariousness and social control: assistentialism and exclusion in mental health

**Abstract.** Community, healthcare and social activity require a State that guarantees social benefits. In the current international political-economic context, where the earnings of a few prevail over solidarity, social work and mental health face the dilemma of being integrated as care techniques to ease the failings of the system or fighting to gain space within the framework of a welfare society. The fact is that since 2008 and the onset of the financial crisis the incomes of the very richest have increased, as have inequalities throughout the world, creating precariousness for the middle classes. This is especially so in southern Europe. Today in Spain, it is difficult to talk of social rights for all citizens, since broad swathes of the population do not have guaranteed rights to healthcare, housing or essential social benefits. There has been an imposition of an *ex gratia* assistentialism, a return to charitable criteria, and use of public resources as a means of social control.

**Keywords:** assistentialism; social control; mental health; social benefits; inequality

**Sumario:** Introducción. 1. De la filantropía, el asistencialismo y los derechos sociales. 2. Los efectos sobre la salud mental. 3. La gestión social en tiempos de incertidumbre. 4. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Desviat, M. (2017) «Precariado» y control social: asistencialismo y exclusión en el ámbito de la salud mental, en *Cuad. trab. soc.* 30(2), 369-376.

<sup>1</sup> Psiquiatra. Director de la Revista *Átopos*, España, Salud Mental, Comunidad y Cultura. [desviatm@gmail.com](mailto:desviatm@gmail.com)

## Introducción

La Medicina moderna surgirá de leer en el libro de la muerte y en las lacras de la miseria los signos visibles que permiten instaurar un orden productivo y conservar indemne el orden social. (Álvarez-Uría, 1983, p. 33).

Los factores económicos y sociales que entretejen el escenario de la crisis inciden con frecuencia en unas condiciones que pueden considerarse de emergencia social y que aumentan los procesos de exclusión social de personas y familias. (Red Vega, 2014, pp. 97-107).

El modelo de atención comunitaria en salud mental se constituyó en el horizonte del Estado del bienestar en torno a las reformas psiquiátricas, sanitarias y de los servicios sociales iniciados tras la II Guerra Mundial. Hoy se ha roto el equilibrio conquistado entonces entre el capital, los mercados y los gobiernos para sostener un cierto consenso social a través de la distribución fiscal de la renta y el fortalecimiento de la gestión democrática. El capital ha perdido el miedo, fracasada la experiencia soviética y muy debilitada la respuesta social. Las instituciones financieras y políticas que gobiernan el mundo se aplican, con el pretexto de la crisis financiera que sus manejos han provocado, a conseguir la sustitución del Estado del bienestar por un Estado social inversor que responsabilice al individuo de su destino: de su prosperidad, miseria, salud o enfermedad. Se trata de un plan cuidadosamente diseñado, que se remonta a las postrimerías de los años ochenta del pasado siglo, cuyos objetivos quedaron claros en el denominado Consenso de Washington: desregulación absoluta de la vía económica sin ningún tipo de reglas, subordinando los Estados a los mercados, y reducción drástica del gasto público, dejándolo en mínimos

en áreas como subsidios y servicios para pobres, educación, salud pública y prestaciones sociales. Como también estaban claras sus consecuencias por lo que toca a la degradación de las democracias, la pérdida de derechos fundamentales y los riesgos ineludibles para la salud de las poblaciones, que serán considerados daños colaterales del desarrollo (Desviat, 2016)<sup>2</sup>.

En realidad, aún en los años de mayor protección social, la sanidad pública estuvo siempre condicionada a una financiación que privilegiaba a las grandes empresas farmacéuticas, tecnológicas y constructoras. Los gobiernos conservadores, pero también los socialdemócratas, mantuvieron la sanidad pública en sus programas, lo que además les permitía disminuir costes y acercar los recursos a la población atendida con un claro beneficio político electoral, pero al tiempo protegieron las infraestructuras de poder de la medicina conservadora y empresarial. La reforma sanitaria y la salud mental comunitaria, en sus logros de mayor cobertura y universalidad, se desarrolló a contracorriente. De ahí las ambigüedades y contradicciones entre los derechos constitucionales, leyes sanitarias garantistas y las insuficiencias de su aplicación. De ahí la integración de las reformas, una vez «actualizados» sus principales objetivos.

### 1. De la filantropía, el asistencialismo y los derechos sociales

Hoy se tiende a olvidar que las políticas sociales surgidas en un momento u otro del capitalismo no fueron fruto de una sensibilidad social o humanista del capital, sino el producto de amplios movimientos reivindicativos, conquistas obreras en la lucha de clases, junto a estrategias defensivas del poder financiero (en tiempos de la guerra fría) frente a la disyuntiva comunista<sup>3</sup>. Robert S. McNamara,

<sup>2</sup> Pueden consultarse las consecuencias de la crisis para la salud mental en la revista *Átopos, salud mental, comunidad y cultura*, 15, mayo de 2014. Accesible en [www.atopos.es](http://www.atopos.es).

<sup>3</sup> El Estado del bienestar viene a intentar cubrir los riesgos e incertidumbres que provoca el sistema capitalista, principalmente en los trabajadores, y sirve para desplazar la conflictividad social de la lucha de clases a la negociación salarial. En sus formas más conseguidas, muda el principio dieciochesco que considera una obligación de la sociedad ayudar al pobre, por el derecho del ciudadano a ciertas seguridades sociales, renta mínima, pensiones, educación, sanidad, desempleo.

presidente del Banco Mundial entre 1968 y 1981, que había sido secretario de defensa en los gobiernos de Kennedy y Johnson, en tiempos, por tanto, de la derrota en el Vietnam, podía entender el riesgo que suponía para el sistema capitalista los movimientos alentados por la dependencia y la pobreza. Hasta entonces el Banco Mundial estaba gobernado por banqueros y hombres de negocios que no sentían especial inquietud o interés por la pobreza, y mucho menos por los pobres. Fue McNamara quien introdujo en este banco programas para atender la educación, la pobreza y la desnutrición, como estrategia que permitiera conocer las reivindicaciones populares y controlarlas. Para convencer a los países ricos de que destinaran fondos a la financiación de proyectos contra la pobreza en los países periféricos, McNamara argumentaba que «una parte reducida del préstamo quedaría en los países en desarrollo; pues casi todo volvería rápidamente a los países más ricos en forma de pago por las mercancías compradas» (McNamara, 1974, p. 8, citado en Frison y De Sousa, 2013, p. 77). Así se generalizaron entre los países pobres los préstamos, de bajo interés inicial pero imposibles de pagar sin endeudar la economía nacional, y los planes que vinculaban el desarrollo social a un crecimiento económico basado en reformas estructurales privatizadoras que aumentaban la desigualdad.

Las ayudas económicas del Banco Mundial se acompañaron de la exigencia a los países de la reducción de la participación del sector público en la gestión de actividades comerciales y la disminución de los servicios sociales, convirtiendo en objetivo prioritario la privatización de la sanidad y las pensiones, al estilo de EE.UU. María Lucía Frison y Gastão Wagner De Sousa (2013), en su libro sobre el Banco Mundial y el sistema de salud en Brasil durante los años 90 del pasado siglo, desvela su chantaje financiero, su plan para deshacer un modelo de atención basado en el derecho a la salud, acceso universal y equitativo, liberando al Estado de servicios complejos y de la contratación de empleados públicos. Algo de ello que queda claro en el informe de 1989 del Banco Mundial sobre financiación de los servicios sanitarios, donde

se plantea introducir las fuerzas del mercado y trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones (Akin, 1987). Y en la pronta asunción de esta política por los estados, empezando por Reino Unido, que fue durante tiempo referencia de la eficiencia de su sistema nacional de salud, como puede verse en documentos recientemente desclasificados del Gabinete de Margaret Thatcher de 1982 (Archivos Nacionales del Reino Unido, 2014), donde se lee lo siguiente:

Se deberá poner fin a la provisión de atención sanitaria por el Estado para la mayoría de la población. Los servicios sanitarios serán de titularidad y gestión privada, y las personas que necesiten atención sanitaria deberán pagar por ello. Aquellos que no tengan medios para pagar podrán recibir una ayuda del Estado a través de algún sistema de reembolso (Lamata y Oñorbe, 2014).

Los lobbies económicos y sus representantes políticos, los gobiernos de EE UU, la UE, Suiza, Canadá, Japón y Australia van acelerando en las últimas décadas la progresiva colonización de las instituciones y agencias internacionales, como puede verse en la evolución de la agencia especializada de Naciones Unidas para la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS se creó en 1948 para velar por la salud del mundo. Durante muchos años, como informa Germán Velásquez, ex director del Secretariado de la misma para la Salud Pública, la Innovación y la Propiedad intelectual, se financió con los fondos públicos provenientes de las cuotas de sus 193 países miembros. Pero en las últimas décadas se ha producido una privatización progresiva de la agencia que le ha hecho perder su control, quedando en manos de fundaciones privadas, donaciones para fines específicos y la gran industria alimentaria y farmacéutica (el presupuesto regular público ya es inferior al 20 por ciento) (Velásquez, 2016). Huelga hablar del evidente conflicto de intereses. Al final, de ser un organismo normativo encargado de establecer políticas y estrategias internacionales vinculantes, la Organización Mundial de la Salud puede terminar siendo una agencia humanitaria que

implementa proyectos financiados por la «caridad» internacional, en palabras de Germán Velásquez (*idem*).

El hecho es que desde el año 2008, momento de la quiebra de Lehman Brothers y del consiguiente inicio de la crisis financiera, se han incrementado la renta y la riqueza de los más ricos de los ricos y se han intensificado las desigualdades en el mundo, especialmente en el sur de Europa, tanto dentro de cada país como entre países, a expensas de las rentas más bajas y de las clases medias. España, según un informe del Fondo Monetario Internacional (FMI), es el país de la Unión Europea donde más se ha agrandado la brecha social como consecuencia de la crisis (Mars, 2014). En el momento actual, escribe Natividad de la Red Vega, catedrática de Trabajo Social y Servicios Sociales,

Resulta difícil hablar en España de derechos sociales como una realidad para toda la ciudadanía y, sobre todo, para la ciudadanía que precisa mayor apoyo en su inclusión. Son muchos los ciudadanos que no tienen garantizado el derecho a vivir integrados como miembros y ciudadanos de un Estado social y de derecho. Un derecho no graciable o asistencial, sino el inherente y el que corresponde al ciudadano por su propia y específica condición (2014, p. 100).

Los datos lo confirman. Según el informe FOESSA-Cáritas (2013), en España, el 20 por ciento de la población más rica concentra siete veces y media más riqueza que el 20 por ciento de la población más pobre. Hay más de tres millones de personas en situación de pobreza extrema, al disponer de menos de 307 euros al mes. El 58 por ciento de las personas en paro, más de tres millones, lo está desde hace más de un año, y el 35 por ciento, unos dos millones más de dos años. Sin embargo, las respuestas de los gobiernos —reforma laboral, recortes en prestaciones sociales, en sanidad...— ignoran el incremento de necesidades, haciendo que las políticas de austeridad repercutan con mayor intensidad

en las personas y grupos sociales más vulnerables, desamparado a buena parte de la población. Por otra parte, el aumento de la desigualdad se hace no solo a costa de las rentas más bajas, sino de la clase media, en un proceso acelerado de precarización.

## 2. Los efectos sobre la salud mental

Hay estudios que muestran que las medidas impuestas por la troika (formada por la Comisión Europea, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) han ocasionado un incremento de depresiones, suicidios y trastornos mentales comunes, así como el agravamiento de patología preexistentes, en los países del sur de Europa. Tasas que, en el caso de España por ejemplo, se traducen en un incremento del 20 por ciento de trastornos depresivos y el 11 por ciento de la tasa de suicidios desde el inicio de la crisis<sup>4</sup> (Legido-Quigley, Otero, La Parra, Alvarez-Dardet, Martín-Moreno y McKee, 2013; López Bernal, Gasparrini, Artundo y Martín McKee, 2013). El gobierno español pretextando garantizar la sostenibilidad del sistema económico ha eliminado los tres pilares básicos del sistema sanitario público: el derecho a la salud (la universalidad de la atención sanitaria), la igualdad de acceso a la misma y el carácter solidario y redistributivo de la Sanidad Pública (Real Decreto Ley 16/2012, Ley Orgánica 2/2012). La quiebra de la universalidad deja fuera del sistema sanitario a colectivos vulnerables (desempleados de larga duración, inmigrantes sin papeles...) al tiempo que los recortes provocan el aumento de las listas de espera, la dificultad de acceso a los medicamentos y otras prestaciones por el copago. Esta situación se agrava por el recorte de las prestaciones sociales, pues lo que se está imponiendo a los gobiernos por parte de los poderes financieros internacionales es un plan perfectamente hilvanado de desmantelamiento

<sup>4</sup> Según las últimas cifras del Instituto Nacional de Estadística, los casos de suicidio crecieron en España el 11,3 por ciento con respecto a 2011, y desde 2007 son la principal causa de muerte no natural. Hay estudios que muestran la relación entre crisis económica, el desempleo y el aumento de los suicidios. Se puede consultar una información amplia en: «¿Habla-mos de suicidio?» <http://www.atopos.es/index.php/anotaciones/anotacions-sub#.UygZq9ztDeE>

to de los sistemas sanitarios y sociales públicos, de especial radicalidad en Grecia, Portugal y España. Supone la venta de los servicios públicos al capital financiero internacional, a la ganancia empresarial, encareciendo los servicios y dificultado la accesibilidad, cuando buena parte de la población, empobrecida por la crisis, más lo necesita. Se trata de algo de especial dramatismo en la salud y en particular para salud mental y la atención primaria, pues la privatización supone un cambio de modelo, el fin de la atención comunitaria y la regresión a la medicina subordinada a los grandes intereses de los grandes complejos tecnohospitalarios y de la empresa farmacéutica. Estamos hablando de hechos que se concretan de forma radical en algunas comunidades autónomas, como Madrid y Valencia, con el cierre o absorción por los hospitales de los centros de salud mental, la desaparición de las demarcaciones territoriales (áreas sanitarias) y la consiguiente desarticulación de las redes de recursos; la vuelta a los conciertos con hospitales psiquiátricos privados, y el incremento en general de lo que ahora se llama larga estancia, en muchas ocasiones, los antiguos manicomios apenas remozados (Cuadro 1).

Estas medidas están llevando a buena parte de las personas aquejadas de un trastorno mental al desamparo y a los profesionales de lo público al desempleo, la emigración o a la

servidumbre en hospitales privados. Servidumbre, porque existe un problema adicional en los procesos de privatización que muchas veces no se tiene en cuenta: la privatización de los servicios no solo hace la sanidad más cara, no solo conlleva un mayor gasto público, supone, y esto es importante, una pérdida de poder profesional, de poder técnico y ciudadano. Se crea una fatal subordinación, el miedo al despido o a no poder prosperar en la empresa paraliza el pensamiento crítico, detiene las preguntas sobre el buen hacer, obliga al trapicheo, «creará un clima de mediocridad y de humillación que hará de todo desacuerdo un conflicto de poder y, por tanto, una necesidad de victoria» (Pereña, 2008). Ahora la evidencia será el credo que establezca la empresa. Parecen tener razón quienes dicen que del mismo modo que en el año 1989 el capitalismo derrotó al comunismo, a partir de 2007, fecha en que quebraron los fondos de alto riesgo Bear Stearns y la compañía Blackstone, ha vencido a la democracia (Estefanía, 2013; Desviat, 2014).

### 3. La gestión social en tiempos de incertidumbre

Los estudios de salud pública sobre las crisis señalan que hay que reforzar los programas

Cuadro 1. Consecuencias para la salud mental

- Cierre de centros de salud mental asumidos por consultas en hospitales generales.
- Fragmentación de la red.
- Eliminación de la territorialización que impide un trabajo basado en el territorio (áreas sanitarias).
- Vuelta a conciertos con hospitales psiquiátricos privados.
- Aumento de camas en hospitales psiquiátricos.
- Aumento de la depresión (el 20% en España, Portugal y Grecia).
- Aumento de los trastornos mentales comunes.
- Agravamiento de patologías pre-existentes.
- Aumento tasa de suicidio entre 11-14%.
- El aumento de la tuberculosis, HIV.
- Aumento da morbilidad y mortalidad.
- Reducción de la expectativa de vida.
- El 16,8% de los pensionistas y el 27,3% de las personas de menores ingresos, no retiran todos los medicamentos que les prescriben los facultativos en los centros públicos.

de protección social, así como establecer políticas activas de empleo para reducir los períodos de desempleo y facilitar redes de seguridad para las poblaciones más frágiles (Soledad, Minué, Artundo y Márquez, 2014). Por el contrario, no son estas las políticas dominantes en la Unión Europea ni en nuestro país, que responde al incremento de necesidades con el recorte de prestaciones y servicios. Escribe Robert Castel que los dos grandes dispositivos que históricamente se han constituido para paliar las disfunciones del consenso social, son el modelo segregativo —la exclusión del excedente humano— y el modelo asistencial (Castel, 2006). El asistencialismo, tanto psiquiátrico-psicológico como de los Servicios Sociales, se convierte en un paliativo de situaciones de carencia y marginación, cubriendo las fallas del sistema político-económico. Heredero de la filantropía evangelizadora y de la beneficencia, proyecta al campo de la patología mental o del fracaso social individual realidades generadas por el propio desarrollo neocapitalista, como la alienación y la desigualdad, desarmando así la reivindicación social. La práctica del Trabajo Social ha discurrido, desde sus inicios, como auxiliar de la psiquiatría social<sup>5</sup>, entre el asistencialismo, caritativo o estatal, y las reivindicaciones emancipadoras. Entre la ayuda al pobre y el activismo frente a las condiciones estructurales que posibilitan la marginación y la pobreza. Desde esta última perspectiva, según nos dicen Enrique Pastor Seller y María Asunción Martínez-Román, organizaciones internacionales representativas del Trabajo Social que luchan contra las desigualdades e injusticia social, han desarrollado la *Agenda Global de Trabajo Social y Desarrollo Social: Compromiso para la Acción 2012-2016*, que reivindica un nuevo orden mundial (Pastor Seller y Martínez-Román, 2014), y en nuestro país, tenemos las reivindicaciones que vienen realizándose desde El Consejo General del Trabajo Social, la

Alianza para la Defensa del Sistema Público de Servicios Sociales y las movilizaciones de la Marea Naranja o la campaña *Hasta Aquí!*

Es indudable que ciertas garantías sociales son una exigencia para el desarrollo de programas de salud mental comunitarios, como lo es que el contacto con la comunidad enfrenta a los trabajadores sanitarios y sociales con las miserias del orden social ante las que cabe una respuesta técnica meramente asistencial, siguiendo las directrices del gobierno de turno, o una respuesta técnica a la que se añade un filo político que dimensiona la acción al tener en cuenta no solo los déficits personales sino el contexto y los determinantes sociales que están configurando el sufrimiento del sujeto.

La cuestión va más allá de la necesidad técnica de contar con una mirada plural, biopsicosocial y política en el Trabajo Social sanitario y, en general, comunitario: la dependencia del Estado hace que los trabajadores del sector público queden fácilmente atrapados en la ideología del poder político. Era algo muy evidente en la España franquista, lo que llevo a las entonces «asistentes sociales», en su I Congreso nacional celebrado en 1968, a tomar la decisión de cambiar la denominación de su profesión y comenzar a designarla como «trabajo social profesional». De ese modo, aspiraban a apartarse del concepto de «servicio social», ligado a la prestación obligatoria (una especie de mili femenina que las mujeres debían cumplir durante seis meses bajo la tutela de la Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista). Y, por otro lado, el abandono del término «asistente» acercaba el Trabajo Social a los estados democráticos europeos en tiempos del desarrollo del Estado de Bienestar en esos países (Hernández Aristu, 2011).

En la salud mental contemporánea, la dependencia del Estado explica la integración «actualizada» de la reforma psiquiátrica en

<sup>5</sup> Se considera que el servicio social psiquiátrico emerge a comienzos del siglo XX, con Mary Potter Broks, esposa del psiquiatra Adolf Meyer, director del Pathological Institute de Nueva York y uno de los impulsores de la Liga de Higiene Mental, junto con el paciente Clifford Beer, autor de un libro que movilizó a la opinión pública estadounidense en torno a la mejora de la atención psiquiátrica (Beers, 1908; Vasconcelos, 2000, pp. 134-140).

el sistema político-económico hegemónico, en la sociedad de los mercados. Una reforma a la que nadie puede negar sus grandes logros, las mejoras asistenciales y en derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico. Se han alcanzado, por mucho que aún persistan enormes carencias en todos los países y una brecha inmensa en el desarrollo de los servicios de salud mental, los grandes objetivos fundacionales: la creación de recursos en el territorio y el cierre o pérdida de hegemonía de los hospitales psiquiátricos. Tanto la comunidad profesional como las autoridades sanitarias consideran que se trata de objetivos a alcanzar, ya sea mediante políticas privatizadoras (con todas las matizaciones que los mercados quieran imponer) o desde servicios públicos universales.

Esa integración consensual ha tenido, no obstante, un alto precio, pues ha conllevado la pérdida de buena parte de la esencia de la reforma. Se han quedado por el camino los principios salubristas, la desinstitucionalización real, el trabajo comunitario, la participación ciudadana y la inclusión de los usuarios. La reforma en España quería ser algo más que una reordenación de servicios. Su propia andadura creó necesidades nuevas, procesos sociales complejos que exigen recomponer saberes y técnicas, originando nue-

vas situaciones y nuevos sujetos: nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos. Su propia andadura exige la necesidad de otro tipo de atención social, de una clínica otra, donde se incorpore la voz de las personas atendidas; donde la comunidad, la sociedad civil, sea parte del proceso, no solo como usuaria. Su propia andadura sitúa, en definitiva, al cambio que se pretende desde la salud mental colectiva, a contracorriente, cuando no en radical enfrentamiento, con el orden socioeconómico mundial. En un escenario donde se confirma el pronóstico de Marx: la imparable acumulación de capital en manos de unos pocos y la alienación, el extrañamiento del propio trabajo convertido en mercancía; fantasmagoría de la mercancía, que falsifica las relaciones y necesidades humanas, y que permite el control total de nuestras vidas y ya no sólo de la fuerza de trabajo (Marx, 1968, 1973; Foucault, 2007; Bayón, Desviat y Hernández, 1976; Han, 2014). La alienación social se troca alienación patológica, se hace cuerpo o sentimiento dañado. Los síntomas del sufrimiento psíquico son en muchas ocasiones un atajo; la consulta en salud mental, un refugio; la enfermedad, un estatus en una sociedad que reifica y manipula (o excluye) a las víctimas de su fracaso social (Desviat, 2008, p. 3).

#### 4. Referencias bibliográficas

- Akin, J. ([1987], 1997). *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for Reform*. Washington, DC: World Bank.
- Álvarez-Uría, F. (1983, 1986). *Miserables y locos*. Barcelona: Tusquets.
- Bayón, M., Desviat, M. y Hernández, G. (1976). *Por la autonomía de los trabajadores*. Madrid: Castellet.
- Beers, C. (1908). *A Mind that Found Itself*. Nueva York: Doubleday.
- Castel, R. (2006). *La inseguridad social ¿qué es estar protegido?* Buenos Aires: El Manantial.
- Desviat, M. (2008). Alienación de lo íntimo: de la represión al just do it. *Atopos, Salud mental, comunidad y cultura*, 7, 2-3.
- Desviat, M. (2014). La crisis, los mercados y la salud mental. *Atopos, Salud mental, comunidad y cultura*, 15.
- Desviat, M. (2016). *Cohabitar la diferencia*. Madrid: Grupo 5.
- Estefanía, J. (2013). Capitalismo, socialismo y democracia. *La maleta de Portobou*, 1, 38-43.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso del Collège de France (1978-1979)*.
- Frison, M. L. y De Sousa, G. W. (2013). *The World Bank and the Brazilian National Health System in the beginning of the 21st century*. Recuperado de: <http://books.google.com/books?id=tvGjUSb1WG4C&pgis=1>

- Han, B.-Ch. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- Hernández Aristu, J. (2011). *Trabajo social en el espacio europeo*. Madrid: Grupo 5.
- Lamata, Fernando; Oñorbe, M. (2014). *Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud)*. Bubok Publishing S. Disponible en: <http://www.bubok.es/libros/235021/Crisis-esta-crisis-y-Salud-nuestra-salud>
- Legido-Quigley, H. Otero, L., La Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M. y McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? Recuperado de: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2363>. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f2363>
- López Bernal, J.A., Gasparrini, A., Artundo, C.M. y Martin McKee (2013). *The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Mars, A. (2014). Aumenta la brecha social en España. *El País*, 19 de marzo, 21.
- Marx, C. (1973). *El capital*. México D.F.: FCE.
- Marx, K. (1968). *Manuscritos: Economía y filosofía*. Madrid: Alianza editorial.
- Pastor Seller, E. y Martínez-Román, M. (2014). *Trabajo social en el siglo XXI*. Madrid: Grupo 5.
- Pereña, F. (2008). *Fragmentos de la vergüenza*. Madrid: Síntesis.
- Red, N. (2014). El trabajo social en tiempos de crisis. En M. Pastor Seller y E. Martínez-Román (eds.), *Trabajo social en el siglo XXI* (pp. 77–107). Madrid: Grupo 5.
- Soledad, A., Minué, S., Artundo, C. y Márquez, S. (2014). Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 12-17. [http://doi.org/DOI: 10.1016/](http://doi.org/DOI:10.1016/)
- Vasconcelos, E. (2000). *Saúde mental e serviço social*. Sao Paulo: Cortez.
- Velásquez, G. (2016). Una organización a la deriva ¿Qué remedios para la OMS? *Le Monde Diplomatique en español*, noviembre, 17.