

Salud Mental y enfoque de derechos. Brechas entre lo propositivo de la ley y las prácticas institucionales

Antonella Gallego Gastaldo

Licenciada en Antropología
Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad
Nacional de Córdoba.

antonella.gallego@mi.unc.edu.ar

Resumen

Desde una perspectiva de derechos humanos que ha posibilitado la recuperación de la subjetividad de lxs usuarixs del sistema de salud mental, la Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010, pone en tensión los discursos y prácticas ligadas a una configuración socio-histórica de la salud. Pero su puesta en marcha requiere de una coordinación y articulación de los distintos subsectores de salud que conforman el modelo nacional de gestión de la salud y, específicamente, del subsector público-estatal como efector de políticas sociales para un acceso universal al sistema. Por tanto, este artículo pretende situarnos en el marco y contexto normativo bajo el cual se llevan a cabo las demandas por el derecho a la salud mental en la ciudad de Córdoba, Argentina. Los intereses, las identidades y los sentidos políticos que entran en disputa, lo que posibilitará comprender la distancia entre los avances normativos y los mecanismos instituciones que median los procesos de transformación en materia de salud mental.

Palabras claves: Ley Nacional de Salud Mental - Derechos Humanos - Identidad - Subjetividad - Córdoba.

Abstract

From a human rights perspective that has rescue the users of the mental health system subjectivity, the National Law of Mental Health sanctioned in 2010, puts in tension the discourses and practices linked to a socio-historical configuration of health. But its implementation requires the coordination and articulation of the different health subsectors that defines the national model of health management and, specifically, the public-state subsector as an effector of social policies for universal access to the system. Therefore, this article tries to place us in the framework and normative context under which the demands for the right to mental health are carried out in the city of Córdoba, in Argentina. The interests, identities and political meanings that come into dispute, which will help to understand the distance between regulatory advances and the institutional mechanisms that mediate the transformation processes in the field of mental health.

Kew words: National Law of Mental Health - Human Rights - Identity - Subjectivity - Córdoba.

Introducción

Este artículo es parte de un trabajo de campo realizado entre abril de 2017 y octubre de 2018 durante el cual se dio un acercamiento al campo de la salud mental en la Ciudad de Córdoba. Buscando indagar en los discursos y prácticas de los profesionales del ámbito de la salud que median en la construcción de los diagnósticos de “enfermedades mentales”, se llevó a cabo la observación participante de distintos espacios físicos y performativos en los que convergen las redes de relaciones que lo conforman. Por tanto, los datos que se presentan a continuación surgen de diversas fuentes como casos de estudio, fragmentos de entrevistas publicados en revistas, entrevistas a actores clave y la participación en la organización de movimientos sociales asociados a las luchas que se producen hacia dentro del campo.

Este análisis tampoco podrá prescindir de incurrir en los modos en que el saber médico se actualiza en la relación que se establece entre las políticas públicas de salud planificadas y ejecutadas por los distintos niveles del poder estatal. Así como desde la práctica de los y las profesionales del campo de la salud mental.

En este sentido, la Ley Nacional 26.657, sancionada en el año 2010, presenta como necesaria la re-ade-cuación de la actual red de prestaciones ante la propuesta de “un proceso de atención que debe realizarse

preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud” (Ley 26.657, 2010). Asimismo, la incorporación de la noción de padecimiento subjetivo, por medio de esta ley, requiere de una red que permita la existencia de un vínculo entre los distintos elementos que se proponen para su total cumplimiento. Es decir, un dispositivo que contenga al sujeto e implemente estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para su abordaje tales como “consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas” (Ley 26.657, 2010).

Asumiendo que las transformaciones discursivas tienen efectos no solo materiales sino sobre los cuerpos y las subjetividades, como cualquier otra práctica social, se intentó analizar la naturalización de prácticas que, al reproducirse, vulneran los derechos de las personas mediante la persistencia de una lógica manicomial. Como también lo sugiere la permanencia de la

utilización del término “diagnóstico”, ya que continúa habilitando una serie de dispositivos que, en función de un control social, se traducen en una práctica de disciplinamiento de los cuerpos.

Por tanto, consideramos al Estado, en su función de garante de derechos, en sus diferentes niveles de gobierno, como una parte fundamental en el proceso de desmanicomialización propuesto para el tratamiento de la salud mental en el país. Por este motivo, como ya mencionamos, este artículo propone realizar un análisis sobre las normativas de salud mental y las condiciones sociales, políticas y económicas de producción de los servicios de salud que intervienen en su cumplimiento. Atendiendo, también, a las estrategias comunitarias de acción y disputa de sentidos que intervienen en la promoción de la salud mental a partir de la participación activa de los colectivos organizados en la lucha por el derecho a una salud mental respetuosa de la vida de los sujetos.

La persistencia del modelo manicomial a 10 años de la sanción de las leyes de Salud Mental y Adicciones

En materia de salud mental, en Córdoba, durante el año 2010 también fue sancionada la Ley Provincial de Salud Mental N 9.848. Ambas contribuyeron en el establecimiento de un “orden” de las narrativas de

este campo, al definir “la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley No 26.657, 2010). De esta manera, el Estado nacional y provincial, entiende el estado de salud como consecuencia de una serie de procesos diversos y una complejidad de factores que definen al padecimiento mental no sólo como un problema biológico o psicológico. Consecuentemente, esta concepción, sugiere un cambio de perspectiva sobre los modos de abordaje de los padecimientos.

Durante el proceso de implementación de las leyes pareciera ser que, tanto los aspectos económicos, como las ‘voluntades’ políticas y profesionales, han tenido sus efectos sobre la cuestión jurídico-legal. Lo que ha generado un impacto decisivo en las posibilidades de concreción del proceso de transformación del área de la salud mental con el objetivo de propiciar la desmanicomialización y la construcción de un modelo comunitario para su atención, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo y el tercero, es decir, las instituciones polivalentes de salud.

Para situar al lector en el contexto histórico y político en el que se llevan a cabo las demandas al Esta-

do por la implementación de las leyes, es preciso mencionar que el enfoque de derechos responde a un nivel macro-social, es decir, a las estrategias políticas de un modelo de salud y gobierno que se definen en base a la coyuntura histórica, política, económica y social.

Al recuperar en la reforma constitucional del año 1994 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC, 1976], la Nación Argentina adhiere al derecho a la salud como parte de los derechos humanos, cuyo cumplimiento no se reduce a la asistencia sanitaria sino que también se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos. A su vez, tanto el derecho a la salud física como mental, especificado en el artículo No 12 de este Pacto, se constituye como un derecho social, es decir, exigible jurídicamente, cuyo incumplimiento supone una violación a la Constitución Nacional. Obligando a las políticas gubernamentales a funcionar como prestadoras en el proceso de implementación de las normativas de salud mental. Pues, el Estado, al adherir a este Pacto, se compromete a garantizar y promover los derechos en torno a la norma universal.

En este sentido, cabe recordar el retroceso al que estas normativas se enfrentaron ante el cese del Estado nacional como garante de derechos, tanto para con los usuarios del sistema de salud mental como para con los trabajadores del área y todo el conjunto social.

Ya que, en septiembre del año 2018, el gobierno nacional degradó el Ministerio de Salud al rango de Secretaría dentro del Ministerio de Desarrollo Social, que fue renombrado como “Ministerio de Salud y Desarrollo Social”, de modo que se produjo un deslinde de responsabilidades del Estado para con la ciudadanía, teniendo efectos en el funcionamiento de las instituciones de salud, programas, recursos, entre otros.

Con la transformación del Ministerio Nacional de Salud a una Secretaría anexada al Ministerio de Desarrollo Social, sumado a un ajuste presupuestario, las metas de construcción de un sistema de atención inclusivo basado en la comunidad empezaron a percibirse como utopías para algunos de los agentes del campo de la salud mental local. En este sentido, según pudimos rescatar, el subsector público estatal de salud sufrió una reducción fiscal visibilizada en la subejecución del presupuesto, precarización laboral, cierre de programas destinados a atender demandas, falta de medicamentos e insumos básicos, desarme del plan nacional de vacunación y problemas edilicios. Lo que afectó a los principios básicos de disponibilidad, accesibilidad y calidad, establecidos por la normativa a la cual se adhiere. Posicionamiento que entendemos como una vulneración de los recursos sociales necesarios para la protección de la vida de una persona al poner en riesgo la integridad y el bienestar físico, psíquico y social de los sujetos.

Más cerca a la actualidad, en el mes de abril del año 2019, la Resolución Nacional 715/2019 *Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental* presentó recomendaciones de organización y funcionamiento para los establecimientos de Salud Mental del subsector público, privado y de la seguridad social. Esta resolución presentó una serie de recomendaciones basadas en el Modelo Comunitario de Atención, lo que “implicó el trabajo y la conformación de una Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad” (Redacción La Tinta, 12 de junio de 2019), al proponerse contribuir y beneficiar el cumplimiento al artículo No 27 de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. En este sentido, al establecerse la prohibición de crear en todo el territorio nacional nuevos neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, y con el objetivo de sustituir progresivamente a las instituciones monovalentes que existen en la actualidad sin ser complementaria a ellas, se propuso que las instituciones monovalentes ya existentes deban adaptarse a los objetivos y principios de la mencionada ley y a la sustitución paulatina y definitiva de los establecimientos monovalentes por una red de servicios con base en la comunidad.

Asimismo, cabe destacar que estas pautas no establecieron un marco regulatorio obligatorio, sino que constituyeron “recomendaciones y sugerencias”

cias para ser consideradas para la adhesión por parte de las jurisdicciones en pos de la generación de políticas públicas en Salud Mental conforme los máximos estándares éticos y científicos en la materia” (Resolución General-E 715/2019). Este escenario, según pudimos rescatar en los medios gráficos locales, “reavivó los ataques corporativos a la Ley, con declaraciones y discursos de la Asociación Argentina de Psiquiatras, la Asociación de Médicos Municipales de la CABA y distintos profesionales médicos/columnistas que asiduamente visitan medios de comunicación; reivindicando a los Hospitales Monovalentes como piezas fundamentales del Sistema de Salud Pública, de manera contraria a los consensos internacionales actualizados en materia de Salud Mental; generando desinformación a la comunidad y profundizando la estigmatización de quienes padecen algún tipo de problemática de salud mental” (Redacción La Tinta, 12 de junio de 2019).

Del mismo modo, mediante un análisis de la evolución del presupuesto destinado al sistema de salud mental, podemos dar cuenta de una falta de compromiso de la jurisdicción municipal ya que, a través de los años, y hacia la actualidad, el porcentaje destinado al área no se ha visto modificado. Esta situación no solo produce brechas respecto a los recursos y coberturas, sino que también limita la transformación de los servicios.

Como parte de los recursos brindados por el

Estado, y los presupuestos destinados a los distintos profesionales del campo de la salud mental pública, en Córdoba, también se visualiza la falta de compromiso en la concreción de políticas públicas de salud. Al respecto, una de nuestras informantes clave del campo, de formación en psicología, miembro del Observatorio Provincial de Salud Mental y Adicciones, y trabajadora del Hospital Neuro-psiquiátrico Provincial, comentaba: “Psicólogos en el primer nivel de atención hay muy pocos, además hay equipos comunitarios que son de la provincia, porque en realidad cómo está organizado el sistema es que el primer nivel de atención es municipal, entonces los equipos de atención comunitaria que eran de Salud Mental de la provincia, bueno es como que los han ido dejando caer porque sería el primer nivel... están en los dispensarios que son de la municipalidad y en realidad siempre se habla que hay una red, digamos que el primero deriva al hospital general y el hospital general deriva al hospital psiquiátrico, pero bueno nosotros estamos pensando que todo el padecimiento se tiene que atender en el primer nivel. O sea, si es necesaria alguna internación, en el hospital general, pero que en el 2020 hay que sustituir todos los hospitales monovalentes... estamos muy lejos de eso. Ya han dicho que no lo van a hacer. Ya hubo una declaración tanto de Filipponi, como de Luciano Grasso a nivel nacional, que no lo van a hacer” (Gallego Gastaldo, 2019).

Como mencionamos anteriormente, la actualización de la Ley Nacional y la Ley Provincial de Salud Mental y Adicciones, incorporaron la noción de padecimiento subjetivo. Para su promoción se requiere de un primer nivel de atención de la salud que cuente con una serie de dispositivos de contención del sujeto distintos de los hospitales monovalentes. A la vez que se precisa de recursos humanos, técnicos, de infraestructura y el diseño e implementación de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para el abordaje de los padecimientos.

En este sentido, la escasa articulación de las jurisdicciones que generan una hiper fragmentación del subsector público-estatal de salud, contribuyó a producir organismos autónomos cuya superposición de funciones no solo genera relaciones jerárquicas entre los diferentes niveles, acentuando las inequidades en la prestación de servicios y recursos. Esto último también tiene sus efectos sobre la complementariedad de las políticas de salud impartidas por las distintas jurisdicciones que conviven en una misma ciudad, sin poder establecer mejoras en la calidad de vida de lxs usuarixs del sistema público de salud mental.

Con pastillas (no) todo es más fácil

A partir de la labor de los equipos de intervención interdisciplinaria de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Córdoba, también

nos fue posible observar la incertidumbre que ronda la continuidad de las acciones interdisciplinarias a razón de las devoluciones que deben realizar a sus superiores dentro de esta Secretaría con el objetivo de conseguir el financiamiento económico de las políticas de prevención, comunicación y acompañamiento de los *padecimientos mentales*.

La modalidad de abordaje propuesta por la coordinación de esta Secretaría implica un acompañamiento que requiere del establecimiento de lazos con la persona afectada y su familia, vínculo que se genera y mantiene a través de varios encuentros. Por el tiempo que aquello requiere, no hay resultados rápidos que ‘demuestren’ la efectividad de la dinámica de trabajo propuesta por estos equipos interdisciplinarios. De modo que, tras señalar la dinámica de poder que rodea su labor, otra de nuestras informantes, médica pediatra con especialización en medicina comunitaria y coordinadora de estos equipos, expresó: “ojalá hubiera pastillas para todo, sería más fácil” (Gallego Gastaldo, 2019). Lo que visibilizó una racionalidad que parece abrir paso a un gerenciamiento de las políticas en el que la medicina ocupa un lugar privilegiado en la labor de intervenir en la vida de los individuos.

Por un lado, la pronunciación de esta frase puede ser abordada a partir del recurso del tiempo y lo que éste representa durante la formación y prácti-

ca médica, es decir, su posicionamiento como un recurso escaso entre los agentes del campo de la salud. Como también puede ser interpretada desde la presión que la dominación política, inscripta en la materialización institucional del Estado (Poulantzas, 1991), ejerce sobre los trabajadores de la salud para que respondan a sentidos y representaciones de los procesos de salud-enfermedad que han sido construidos a lo largo de la historia nacional general, y de la conformación del Estado provincial en particular.

Al mismo tiempo, es posible analizar aquello bajo la clave de la liquidez materializada en los vínculos modernos (Bauman, 2004) expresada en la expeditividad de un modelo médico de carácter hegemónico que se manifiesta en la calidad de los vínculos médico/paciente. A razón de ello, retomamos la consolidación de una relación entre la medicalización y mercantilización que el poder del aparato de Estado, entendido como un conjunto de instituciones públicas y privadas ubicadas en la superestructura (Poulantzas, 1991), ejerce sobre el campo de la salud en general. La amplia disponibilidad de productos farmacológicos, sumada a una naturalización de su consumo para la 'solución' de malestares físicos, en concordancia con un discurso tecnocrático oficiado por un Estado que incorpora la ciencia positivista en su discurso, nos permite acercarnos a la respuesta dada por esta informante como el producto de un es-

quema de pensamiento que opera a partir de respuestas 'técnicas' ante padecimientos de supuesto origen 'biológico'.

El discurso de esta agente del campo de la salud mental local también puede ser entendido como el resultado de una falta de recursos asignados al área específica de salud mental que, como señalaba la primera entrevistada, debiera comenzar por el primer nivel de atención, cuya responsabilidad es señalada en la jurisdicción municipal. Dinámica que, a su vez, visibiliza la falta de complementariedad de las distintas políticas estatales y la distinción de los recursos asignados al área de Salud Mental por cada jurisdicción. De modo que lo que no puede ser atendido en una instancia comunitaria, recae en los equipos comunitarios de la provincia que terminan por hacer visibles las jerarquías profesionales que se reproducen en la producción de los servicios de salud vigentes.

Como sugiere Díaz (2013), como parte del proceso de medicalización de la vida, la enfermedad es concebida como un problema social. Esto implica un diagnóstico preciso y, con el advenimiento de la industria farmacéutica, su tratamiento. En este sentido, esta trabajadora del hospital local también nos señalaba los efectos de las políticas económicas sobre los pacientes de esta institución: "En contexto de ajuste, eso refuerza estas ideas porque los tenemos a los pacientes más

sobremedicados. Como no tenés atención, con menos alternativas para equipos en los barrios, los equipos comunitarios... Entonces, sí, en contexto de ajuste se agudiza, se agudiza muchísimo” (Gallego Gastaldo, 2019).

Según esta entrevistada, las políticas de ajuste económico apelan a los tratamientos de tipo farmacológicos como una manera de prescindir de otros recursos técnicos y humanos. Ésto, a su vez, contribuye al sostenimiento de una jerarquía profesional que destaca la legitimidad de los médicxs como intermediarixs de una relación entre los sujetos y los fármacos, al tiempo que se mantiene la hegemonía de la industria farmacéutica. Asimismo, frente a una desestructuración de la racionalidad médico-científica que no puede contener a los padecimientos de carácter subjetivo por completo, la puesta en marcha de los procedimientos para la gestión de la salud y la vida, planteados desde una postura médica farmacocéntrica, es visibilizada y puesta en tensión desde los discursos de lxs trabajadorxs de las instituciones de salud del Estado.

Al tiempo de escritura de este trabajo, aquella disposición presupuestaria también era acompañada por la omisión de un Órgano de Revisión con facultades de control y determinación en las prácticas, tanto a nivel nacional como provincial. Al mismo tiempo, en el nivel local, nos encontrábamos con la inexistencia de un área dedicada exclusivamente a la salud mental

en la Municipalidad de Córdoba. Un nivel de atención que, como fue mencionado anteriormente, es priorizado por ambas leyes al hacer mención del carácter primordial del trabajo comunitario que debiera producirse en la atención primaria de la salud que debiera ser llevado a cabo en los dispensarios como instancia de atención que se encuentra a cargo de los municipios.

Esta desarticulación y falta de integración entre las diferentes políticas de gobierno y la acción comunitaria, fue planteada como problemática por estas trabajadoras del área de Salud Mental de la provincia al hacer referencia a esta instancia como la principal vía de entrada a la “salud mental”. Ya que, si bien se hizo explícito que lxs trabajadorxs de los dispensarios cuentan con una formación comunitaria, su labor queda exclusivamente ligada a aquel espacio físico y, al carecer de un programa de políticas municipales y provinciales integradas, lxs trabajadorxs del Área no cuentan con otros sitios que puedan ser destinados a la atención de estas problemáticas entendidas como de “salud”.

Ante este panorama, parte del reclamo de lxs trabajadorxs de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la Provincia se enfoca en la falta de espacios públicos comunitarios que puedan ser cedidos por la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba. Muchos de cuales, cabe mencionar, actualmente se encuentran en desuso. Estas disputas pueden ser leídas como el resulta-

do de decisiones y 'voluntades políticas' que obstaculizan las transformaciones necesarias en el área de salud mental tendientes a una mayor ampliación de derechos, ya que ponen en tensión y postergan la implementación de los nuevos marcos normativos.

Salud mental, derechos y discapacidad: identidades desde un marco estratégico

Siguiendo el estado de la Salud Mental en la provincia de Córdoba, entre la sanción de las leyes y su efectiva implementación, como fue mencionado por una de las entrevistadas, en el año 2007 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) presentó una investigación titulada *Vidas Arrasadas* sobre la situación de los hospitales psiquiátricos en Argentina y la segregación y el olvido de personas en estos asilos, lo que ubicó la temática en la agenda política a su vez que le otorgó un marco teórico para su análisis.

Previo a aquel trabajo de visibilización, es decir, antes que se retomara en la agenda pública a la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, la atención de los padecimientos se veía atravesada por prácticas de tortura que representaban una mayor frecuencia que la dada al momento de realizar este trabajo de investigación. Si bien la Ley Nacional parte de la presunción de capacidad de todas las personas, cabe destacar que en el año 2008 nuestro país ya había adop-

tado la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, que en su Artículo N 1 establece que "las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación, 2008).

De este modo, se destaca que la discapacidad no *está* en las personas sino en la relación entre éstas y su interacción con el medio social, lo que facilitaría o dificultaría su integración en el medio físico y social. También fue señalado aquí el derecho básico a la autonomía personal, entendiendo que las personas con *discapacidad* 'social' deben tener la posibilidad de desarrollar su propia vida y contar con los apoyos necesarios para ello.

Como puede desprenderse de lo expuesto hasta aquí, el sistema de salud ha ubicado históricamente al paciente en un lugar de pasividad que ha contribuido a dotar a la categoría discapacidad de sentidos desacreditadores. Mediante categorizaciones estigmatizantes y argumentos de peligrosidad que se desprenden de los discursos sobre la "enfermedad mental", en tanto dispositivo histórico de sujeción, el modelo de atención médica más biologicista ha prescindido de la ca-

pacidad de toma de decisiones de los sujetos. En consecuencia, discapacitar a quienes son diagnosticados con patologías mentales, habilita la toma de decisiones arbitrarias en torno a las internaciones y/o tratamientos que, muchas veces, van más allá de la voluntad de los pacientes de las instituciones monovalentes.

Por esta razón, creemos necesario realizar un acercamiento a la discapacidad como una categoría reveladora de procesos históricos, de un modelo Estatal y de políticas públicas, que implica dinámicas de inclusión y exclusión que terminan por legitimar prácticas de abuso de autoridad sobre los sujetos. Esta categoría nos resulta útil, entonces, para develar y reflexionar en torno a las prácticas que vulneran los derechos de las personas, como lo son las internaciones prolongadas y/o los encierros, que influyen sobre la imposibilidad de romper el circuito institucional monovalente.

Al mismo tiempo, mediante la articulación del sujeto en las dinámicas del discurso, nos es posible hacer un análisis de las identidades como “puntos de adhesión temporaria a las posiciones subjetivas” (Hall, 2003). De este modo, proponemos situar a los sujetos como agentes dentro de un margen de acción estratégico, es decir, por fuera de un contexto que los subsume a la pasividad frente a las instancias de control institucional.

Esta categoría, en su sentido positivo, ubica a los sujetos padecientes en un rol activo que habilita el

reconocimiento como sujetos de derecho a grupos sociales que históricamente han sido excluidos; Instancia que se ve favorecida por la posibilidad de una práctica interdisciplinaria en el campo de la salud mental. En este sentido, tomar esta nominación como un concepto comunicacional, estratégico y posicional, permitiría la constitución de sitios de resistencia y empoderamiento de los sujetos así categorizados, en pos de acciones comunitarias.

Como señalara Hall, “[utilizamos] ‘identidad’ para referir[nos] al punto de encuentro, el punto de sutura entre, por un lado, los discursos y prácticas que intentan ‘interpelarnos’, hablarnos o ponernos en nuestro lugar como sujetos sociales de discursos particulares y, por otro, los procesos que producen subjetividades, que nos construyen como sujetos susceptibles de “decirse” (Hall, 2003: 20).

Citando a la Organización Mundial de la Salud, “el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente (...) y su goce se encuentra estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales

y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados)” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En este sentido, la perspectiva de derechos humanos y de discapacidad en los modos de construir salud-enfermedad y, por ende, diagnósticos, resulta fundamental. El acceso a un sistema de protección de la salud capaz de ofrecer a todas las personas la igualdad de oportunidades para disfrutar del grado máximo de salud que pueda ser alcanzado, va de la mano de la concreción de los centros de Atención Primaria de la Salud (APS) propuesto en la última actualización de las leyes.

Desde una perspectiva que propone a la salud como un derecho, la concreción de centros de Atención Primaria de la Salud resulta clave para su configuración. Los centros de Atención Primaria de la Salud han sido ideados con el fin de acercar la ‘salud’ al hábitat de las personas. Esto conduciría a un cambio en las precepciones y sentidos que las comunidades tienen de la salud y, consecuentemente, sobre las subjetividades. Al apostar, entonces, por una lógica de salud que promueva sentidos superadores del carácter biológico y curativo, sobre el que se asienta el actual modelo de atención de los padecimientos, se busca ampliar la realidad que define a los padecimientos.

Este planteo nos conduce a (re)pensar desde qué estructuras, tanto materiales como de pensamien-

to, es promovida la salud actualmente, tanto en el contexto nacional como desde la instancia provincial y municipal; ¿es la salud producida y reproducida como un derecho, como estrategia de control social, o como un elemento más del actual sistema de mercado? Algunas respuestas pueden obtenerse al rememorar la configuración histórica del actual sistema de salud.

La medicina, como profesión, se ha legitimado tanto en el plano político como social a partir de su accionar en nombre del Estado, ‘quien’ ha cedido a esta disciplina el cuidado (o control) de la población en general y de las más vulnerables en específico. Por lo que se vuelve indispensable la adhesión y la puesta en práctica de una perspectiva de salud que suscriba a un sistema de derechos y obligaciones como responsabilidad de los distintos niveles gubernamentales de cumplir con el bienestar integral de la población.

Es así que, retomando el enfoque de derechos, la Ley Nacional N° 26.657 representa la concreción local del marco normativo internacional expresado en la convención previamente mencionada. Tanto la Ley Nacional como la Ley Provincial, sancionadas posteriormente y, por ende, enmarcadas en el paradigma de los derechos humanos, implican un reconocimiento universal a la dignidad de las personas con padecimiento mental. En este sentido, la presencia de los derechos humanos en los modos de construir salud, posibilita el

acceso a la salud como un derecho y pone el foco en la vigilancia de prácticas que los vulneran. Es así que resaltamos el hecho de que estas normativas implican una revisión de los servicios y dispositivos que han sido sostenidos hasta el momento de su sanción.

La presencia y sostenimiento de un enfoque de derechos en los modos de construir diagnósticos médicos se trata de un compromiso en primera instancia político para la comprensión, atención y trato de las aflicciones por las que las comunidades se dirigen (o no) a un centro de atención médico. Al mismo tiempo, su planteo posibilita otros sentidos en torno a lo que es o debería ser la “salud”, comenzando por disponer del efectivo acceso a ésta como un derecho. En este sentido, insistimos en la puesta en marcha de los centros de Atención Primaria de la Salud como un elemento fundamental en el trabajo de naturalización del derecho a la salud en las poblaciones, en oposición a su constante capitalización como parte de la oferta del mercado.

La mercantilización de la salud, como producto de un sistema de mercado que tiene injerencias en las decisiones políticas nos lleva, entonces, a preguntarnos desde dónde es coordinada la acción de los agentes de la política del cuerpo. En este contexto, la accesibilidad como política pública resuena como uno de los principales reclamos a los distintos niveles del poder estatal, lo que ha permitido la construcción de

agendas de derechos como de ciudadanía. Al tiempo que se generan alianzas con otros colectivos en pos de una mayor visibilidad, que se ven posibilitadas por el carácter transversal de la demanda de lxs usuarixs del sistema de salud mental.

Combatiendo el encierro en libertad

A través de este artículo, y en relación a lo expuesto hasta aquí, también nos proponemos dar cuenta de la modalidad específica de acción política y social que asumió el colectivo organizador de la 5ta Marcha por el Derecho a la Salud Mental en la ciudad de Córdoba, frente a los sentidos hegemónicos que definen al campo de la salud mental y como el desenlace de políticas de exclusión y vulneración con efectos desocializantes (Castel, 1991) que se inscriben por fuera de los marcos normativos, demostrando así, la necesidad de estos sujetos de intervenir en los espacios donde se desarrolla la vida social de la cual se posicionan como “excluidos”. Participación que nos ha permitido abordar las agencias que escapan a la lógica diagnóstica y al estudio clínico controlado.

El padecimiento mental definido únicamente como el producto de una alteración señalada en la psiquis de una persona y, por tanto, en el órgano del cerebro, como mencionamos en el transcurso de este trabajo, nos ha permitido establecer un vínculo entre la

patologización mental y el derecho moderno. Constituyéndose este último como un instrumento que posibilita la inteligibilidad de los actos criminales sin razón o motivo aparente.

De este modo, hemos logrado establecer un paralelismo entre quienes son llevados al hospital monovalente como sujetos judicializados y quienes son destinados al confinamiento dentro de la cárcel; y cómo este procedimiento contribuye a señalar la peligrosidad sobre quienes encarnan aquellas etiquetas diagnósticas. Por tanto, a partir de los aportes de Bauman (2014), sostenemos que el señalamiento de patologías mentales también reproduce un reparto desigual de miedos entre los miembros de la sociedad, así como un reparto selectivo de la inmunidad.

Siguiendo esta argumentación, interpretamos aquel decreto reglamentario del año 2017 como un retroceso en los intentos por derribar el carácter de privilegio que define a los derechos (en materia de salud mental) vigentes. Siguiendo las declaraciones del Centro de Estudios Legales y Sociales, este reglamento “lesiona y desnaturaliza el derecho a una defensa técnica de las personas usuarias, y establece que los abogados defensores deben ponderar la opinión del equipo tratante para no inmiscuirse en el esquema terapéutico, circunstancia que desoye la voz y los intereses de la persona usuaria. Además, establece que el juez designará

al defensor oficial impidiendo la actuación de oficio de acuerdo a la ley del Ministerio Público de la Defensa” (CELS, 2017).

Aquel artículo reglamentario también retomaba la lógica del modelo tutelar de sustitución de la voluntad al reconocer que una persona puede ser declarada completamente incapaz (mencionado en el Artículo No 26), en contradicción con las disposiciones del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2015) que realiza un reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad erradicando la incapacidad absoluta. Este hecho también se ve reflejado en las demandas de los usuarios por justicia. Alegando la falta de reconocimiento como sujetos de derecho, basada en la condición diagnóstica y en la (in)capacidad para el ejercicio de los derechos que aquello representaría. De este modo, tanto la designación de diagnósticos, que en algunos casos no pueden ser comprendidos, como las medidas de seguridad curativas, ponen en riesgo el derecho a la autonomía de los sujetos (Monasterolo, 2019).

Los cambios en la normativa también quitaban de la competencia del Ministerio Público de la Defensa la designación de la máxima autoridad del Órgano de Revisión de la Ley, al adjudicársela al Ministerio de Salud de la Nación. De esta forma, la Autoridad de Aplicación de la ley sería la encargada de designar al respon-

sable de ejercer las funciones de control, estableciendo una nueva conformación plenaria que iba en contra de la deseada pluralidad de sectores profesionales, favoreciendo a los “acuerdos” intersubjetivos históricos que reproducen figuras que sólo existen ante los ojos de un modelo biomédico que se ha posicionado como hegemónico.

Lo expuesto hasta aquí da cuenta de un proceso político activo en el gerenciamiento de la vida y los cuerpos que no escapa a las actuales lógicas de mercado y gobierno que favorecen a un modelo históricamente configurado de producción de la salud y la enfermedad que, como pudimos observar a partir del caso analizado, desatiende la multicausalidad de los padecimientos y puede prescindir de las lógicas de cuidado.

A su vez, este giro normativo, no sólo vislumbra la constante tensión en la que se encuentran los sujetos excluidos del derecho vigente. También se devela como política configuradora de la estabilidad laboral de los trabajadores del área. Del mismo modo, a partir de lo consignado por el colectivo, se plantea que aquella inestabilidad del sistema de salud mental también afectaría a esos otros “anónimos”, es decir, esos otros desconocidos de los que dependemos (Butler, 2010). Por tanto, este discurso no solo refuerza la potencialidad política a partir de la vulnerabilidad social de los cuerpos, sino que también destaca la interdependencia

humana y el reconocimiento de los otros en la constitución de la subjetividad (Butler, 1997).

La interpelación, entendida como el acto de habla desde la otredad, es decir, desde el “afuera” (Dussel, 1993), nos permite analizar la consigna de la marcha como parte de un auto reconocimiento de los usuarios como sujetos ajenos a una comunidad que los excluye a través de la alteridad expresada en etiquetas impuestas por la institucionalidad vigente. Este acto performativo, que pone en tensión la normativa política y social imperante, producido por personas que no son parte de la comunidad de comunicación hegemónica (Dussel, 1993) se manifiesta a través de la alteridad que representan las categorías diagnósticas.

En este sentido, entendemos que durante la irrupción en el espacio público cotidiano, una de las estrategias argumentativas sea apelar a la exterioridad virtual de cada persona como un “otro” potencial. Aquello, no solo se exhibe como un modo de exigir la inclusión sino que también se enuncia ante la posibilidad de que las normativas hegemónicas establecidas puedan eventualmente afectar a los miembros “sanos” de la comunidad. De esta manera, interpretamos que apelar a aquella estrategia también se constituye y exterioriza como un modo de (re)distribuir el temor que supone ser excluidx de la sociedad.

A partir de la observación y la participación en la “5 Marcha por el Derecho a la Salud Mental”, observamos que una de las maneras de construir salud mental también se hallaba en su incorporación a otras luchas, y la legitimación de éstas, a través del pedido de reestructuración del diseño de las políticas públicas existentes que, a partir del reconocimiento de la salud mental como parte integral del bienestar, puedan responder a los intereses de los sectores más desfavorecidos de la comunidad.

Asimismo, mediante la visibilización del nivel de recorte de derechos y presupuestario, la agudización de cuestiones como el desempleo, la falta de acceso a la vivienda digna, a la salud, entre otros, se buscaba apelar e interpelar al total de la ciudadanía bajo la premisa de que la salud mental, efectivamente, está en lo “cotidiano”.

Generar un espacio de intercambio subjetivo con el fin de debatir los reconocimientos intersubjetivos, no solo posibilita revertir los términos que definen las subjetividades, sino que también se constituye en un modo de construir ciudadanía por fuera de los términos del poder gubernamental. De este modo, deseamos retomar la idea de precariedad que implica la vida social (Butler, 2009b), lo que registra el hecho de que nuestra vida siempre se encuentra en las manos de los otros que, en la mayoría de los casos, son anónimxs para nosotrxs.

Por tanto, la movilización política también puede ser definida como una acción que se lleva a cabo en pos socializar y compartir las experiencias y los sentidos que representan, para los usuarixs del sistema de salud mental, ser ubicadxs en una exterioridad absoluta como lo es la “locura”, ante una lógica y dinámica de las políticas de salud que vulnera los derechos de los sujetos. Del mismo modo, podríamos argüir que se apela a la “exterioridad” como una forma de presentar y comunicar la posibilidad de disenso frente a las lógicas sociales, políticas y culturales imperantes en torno a la salud mental.

Consideraciones finales

Como mencionamos, esta investigación forma parte de un estudio de enfoque antropológico, lo que supone un trabajo de campo desde un método etnográfico. Este método nos ha posibilitado un acercamiento a la comprensión de lógicas culturales desde un nivel de investigación micro. Lo que, a su vez, nos ha permitido una aproximación al objeto de estudio con miras a comprender e interpretar una realidad que interactúa con un contexto más amplio.

Durante este artículo deseamos explicitar una de las causas que incita y favorece a la construcción de la identidad del Colectivo Organizador de la Marcha por el Derecho a la Salud Mental, frente a las dinámi-

cas del poder establecido. La “otredad”, como fuente originaria de todo discurso posible (Dussel, 1993), al proyectar la salud mental como “una causa de todos”, produce y ejerce una estrategia argumentativa que ape-la al conjunto de la sociedad para la implementación de una nueva normativa. Según estos agentes, la demanda así posicionada, favorecería su visibilización y abordaje como una “problemática social”. Como hemos demostrado hasta aquí, las relaciones de poder limitan el devenir de los individuos, su reconocimiento como sujetos de derechos, sus corporalidades, y las opciones de voluntad. De modo que, al no poder ser ignorado o rechazado, el poder solo puede ser reformulado (Butler, 2007).

Por tanto, “salir a la calle”, es decir, la presentación de aquellos cuerpos ‘indeseados’ en el espacio público, no solo se constituye como una instancia que posibilita el intercambio subjetivo, sino que también se presenta como un modo de resistencia y reivindicación que, a partir de un “nosotrxs”, ejerce la libertad.

El sujeto pertenece a la trama histórica y como tal, se encuentra constituido por las relaciones de la estructura que conforman su subjetividad. Esto nos ha llevado a reflexionar sobre las categorías de nominación que se ejercen sobre los sujetos como ejercicios de poder que reproducen desigualdades. La patologización, sostenida desde un modelo que medicaliza al demarcar

una “desviación” en el “normal” comportamiento (fisiológico y/o social), en términos de derechos, se traduce en una incapacidad jurídica y en una normatividad que se reproduce en las políticas públicas.

A partir de este relato, observamos que la salud mental se ve anulada en el entramado social pero no en la subjetividad del padeciente. Ya que el malestar y/o sufrimiento, a causa del padecimiento que genera el circuito institucional, no encajaría en las normas y los roles sociales. Por este motivo, retomamos el concepto de *precaridad*, formulado por Butler (2009a), para referirnos a las vidas que, constituidas en relación a la vulnerabilidad social de sus cuerpos (como condición que amenaza su vida), conforman una identidad política que se moviliza junto con el apoyo de organizaciones de derechos humanos, académicas, profesionales y partidarias.

El ejercicio de la libertad emerge, entonces, como una resistencia a los términos del poder que excluye a los sujetos categorizados y los produce como imposibles de ser pensados. De este modo, la manera diferencial de distribuir la precariedad es puesta en tensión cuando hay un organización y movilización política en busca de transformar las condiciones sociales que hacen que una vida sea digna de ser vivida.

Con los cambios de gobierno, los lemas de la marcha han ido configurando una identidad y visibili-

zando la exclusión, la estigmatización y la exigencia de la plena vigencia de los derechos. Del mismo modo, se han sumado demandas en respuesta a las diferentes políticas que han surgido desde el poder gubernamental en materia de salud a lo largo de estos años.

La marcha, como práctica política, fue organizada y llevada a cabo en un contexto en el que se revela el incumplimiento de las leyes, en repudio al intento de las nuevas reglamentaciones, y frente a un estado concreto del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial que vulnera los derechos de usuarios y de trabajadoras. Ejemplo de ello es el deterioro de las instalaciones edilicias, los recursos humanos y materiales insuficientes y precarizados.

Como ha sido mencionado a lo largo de este trabajo, una de las propuestas de la ley es el fin de las instituciones monovalentes lo que, al momento de escritura de este artículo, lejos está de su concreción ante la falta de recursos y de articulación de redes para una efectiva prestación de servicios en los primeros niveles de atención. A 10 años de su sanción, podemos observar que no se han sentado las bases para el desarrollo de un sistema comunitario en el que se incluya la atención de la salud mental, ni programas de inclusión social, cultural y laboral, lo cual conduce a una imposibilidad de lxs usuarixs de poder pensarse a futuro por fuera de la institución. Ésto, como expresan

lxs usuarixs, demostraría la persistencia de las lógicas de pensamiento que entienden a la salud mental como un estado, y no como un proceso y parte integral de la calidad de vida de los sujetos. Por lo que se señala al Estado como el mayor responsable de la externalización y, por tanto, principal destinatario de la demanda “concreta” por el acceso a la salud mental como un derecho legítimo de la ciudadanía. Por estos motivos, es que entendemos que la demanda se dirige a revertir los términos de reconocimiento mediante cuestionamientos al poder institucionalizado (Bedin, 2015). Proclamar que *“la salud mental está en las calles”*, como lema principal, se lleva a cabo como un intento por conducir el reclamo por fuera de las vías institucionales para hacerlo “cosa de todos”. La ciudadanía, entonces, se construye través del ejercicio del intercambio con otros ciudadanos en un espacio donde su presencia es impensada. De este modo, al poner el cuerpo en el espacio público, mediante una puesta en escena en la calle que representa la libertad de habitarlo, se constituye como un modo de materializar el enunciado al hacer efectiva la demanda de libertad, considerada por los usuarios como “terapéutica”. Así, entendemos la consigna del año 2018 como una acción configurada en torno a la defensa del espacio público, al derecho a ocupar un lugar, a habitarlo y a las posibilidades de ampliar los universos de sentidos con el fin de revertir el posicionamiento subalterno.

La consigna de “estar en la calle” pone en crisis ciertas normas de exclusión a través de las cuales se intenta determinar quién puede ejercer la libertad. Por tanto, al enunciar que “la salud mental está en el encuentro con otros”, los sujetos se enfrentan al lugar de denigración y peligrosidad que históricamente los ha marginado. Aquello, no solo tiene el propósito de dar cuenta de los efectos de estigmatización que recaen sobre quienes sufren padecimientos mentales, que se ven agravados ante las etiquetas que los diagnósticos imponen, y los conduce a su muerte social y civil. Aquel discurso, también desea comunicar la construcción de un sentido de la salud mental que no está en el encierro ni en la segregación.

De este modo, a través de la propuesta de “combatir el encierro con libertad” se devela el funcionamiento asilar de las instituciones monovalentes que no hacen al cuidado de sus pacientes sino a su custodia bajo la hegemonía de las “medidas de seguridad curativas”. Ésta, se configura, entonces, como una invitación a repensar la salud desde sus posibilidades y potencialidades en el seno de la comunidad como un espacio de desarrollo y preservación, más que a partir de su pérdida. Por tanto, esta puesta en escena, es ideada y creada con el objetivo de iniciar una transformación social capaz de favorecer una (re) articulación de las relaciones sociales cotidianas y de

abrir nuevos horizontes conceptuales (Bedin, 2015).

Al hacer foco en temáticas como la presentada en este artículo, fruto de un trabajo de investigación más amplio, entendemos que éstas nos atraviesan en tanto nos posicionamos como sujetos con el poder de visibilizar ciertas lógicas a partir de la producción de conocimiento; así como también nos interpelan como individuos y miembros de una sociedad que se construye a partir del intercambio subjetivo. Es así que, desde este espacio de reflexión esperamos contribuir y alentar a la creación de múltiples espacios de análisis y debate que permitan tensionar los sentidos ya existentes, posibilitando, así, la construcción y/o visibilización de otros.

Por último, no quisiéramos dejar de señalar, como parte del compromiso político que el campo intelectual asume, la necesidad de un seguimiento tanto de los actores implicados en la lucha que los sectores dominados dentro del campo de la salud mental llevan a cabo, así como sobre las prácticas y políticas públicas que la condicionan; sino también resaltar la importancia de una participación activa en el reconocimiento y la visibilización de las demandas sociales como parte constitutiva de los modos de construir ciudadanía.

Bibliografía

Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. México DF: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2014). *Miedo Líquido: la sociedad contemporánea y sus temores*. Buenos Aires: Paidós.

Bedin, P. (2015). El ejercicio performativo de la ciudadanía a partir de la teoría de Judith Butler. *En Las Torres De Lucca. International Journal Of Political Philosophy*, 4 (6), p. 47-76.

Boletín Oficial República Argentina - Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud - Resolución 715/2019. (2019, 24 abril)Comunicado de prensa]. <https://www.boletin-oficial.gob.ar/detalleAviso/primera/206363/20190426>

Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis.

Butler, J. ([1999]2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2009a). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2009b). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 4 (3), pp. 321- 336.

Butler, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J; Spivak, G. C. (2009). *¿Quién le canta al Estado-Nación? Lenguaje, política y pertenencia*. Buenos Aires: Paidós.

Castel, R. (1991). “La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión”. En: R. Castel. *El Espacio Institucional*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Centro de Estudios Legales y Sociales (Argentina); Mental Disability Rights International (2007) *Ruined Lives: Segregation from Society in Argentina's Psychiatric Asylums: a Report on Human Rights and Mental Health in Argentina*. Recuperado de: https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf

Díaz, M. E. (2013). “Del disciplinamiento de los cuerpos al gerenciamiento de la vida. Mutaciones biopolíticas en el presente en torno a la construcción de la anormalidad”. En: *De Prácticas y discursos*, 2 (2).

Dussel, E. (1993). “La razón del otro: la interpe-
lación como acto de habla”. En: *Apel, Ricoeur, Rorty y la fi-
losofía de la liberación: con respuestas de Karl-Otto, Apel y Paul
Ricoeur*, p. 33-65. México: Fondo de Cultura Económica.

Gallego Gastaldo, A. (2019). Entrevista con
profesionales del campo de la salud mental de la pro-
vincia de Córdoba. Diario de campo.

Hall, S. (2003). “Introducción: ¿quién ne-
cesita identidad?”. En: Hall, S. et. al. (2003). *Cuestio-
nes de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.

**Ley Nacional de Salud Mental Argen-
tina N° 26.657** (2 de diciembre de 2010). Bole-
tín Oficial No 32.041. Buenos Aires, Argentina.

**Ley Provincial de Protección de la Salud
Mental N° 9.848** (28 de octubre de 2010) Boletín Ofi-
cial N° 208. Córdoba, Argentina.

**Ministerio de Justicia y Derechos Hu-
manos Presidencia de la Nación (2008, 6 ju-
nio)** Artículo 1: convención sobre los Derechos
de las Personas con Discapacidad. Recuperado de:
[http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-
xos/140000-144999/141317/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-
xos/140000-144999/141317/norma.htm)

Monasterolo, N. (2019). *Medidas de seguridad
curativas y Derechos Humanos en Argentina. De la biografía
a la teoría*. Córdoba: Editorial de la Universidad Nacio-
nal de Córdoba.

**Organización de las Naciones Unidas
(ONU):**

- **[1976]** Pacto Internacional de Derechos Econó-
micos, Sociales y Culturales. Ministerio de Justi-
cia y Derechos Humanos de la Nación. Secreta-
ría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural.
- (2017, 29 de diciembre) *Salud y derechos
humanos* [Conjunto de datos]. Recupe-
rado de <http://tiny.cc/vqkmuz>

Poulantzas, N. (1991). “El problema del Estado
capitalista”. En: *Debates sobre el Estado capitalista. Estado
y clase dominante*. Buenos Aires: Imago Mundo.

Redacción La Tinta (2019, 13 junio). “Sa-
lud Mental: la avanzada de las corporaciones contra
los derechos”. Recuperado de: [https://latinta.com.
ar/2019/06/salud-mental-corporaciones-contra-dere-
chos/](https://latinta.com.
ar/2019/06/salud-mental-corporaciones-contra-dere-
chos/)