

Etiquetas que ‘encierran’ historias. Aproximaciones a los sentidos que configuran el diagnóstico de “padecimientos mentales” en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba

Tags that enclose stories. Approaches to the “mental illnesses” diagnosis configuration in the Provincial Neuropsychiatric Hospital of Córdoba

 **Antonella Gallego Gastaldo**

Departamento de Antropología
Facultad de Filosofía y Humanidades
Universidad Nacional de Córdoba
antonella.gallego@mi.unc.edu.ar

Recibido: 01/10/2021. Aceptado: 25/11/2021

Resumen

Este artículo aborda la visibilización de las lógicas que disputan los sentidos relativos a la enfermedad y al padecimiento a partir de una aproximación etnográfica al campo de la salud mental en la ciudad de Córdoba, Argentina. Esta aproximación está dada a partir de la categoría “diagnóstico” como un eje articulador de las prácticas y discursos que monopolizan el campo. Como parte de una política de desmanicomialización que se desprende de movimientos reformistas dados en el sector de la salud como respuesta a perspectivas de carácter biologicista y antiguas medidas higienistas, esta desarticulación de las instituciones asilares busca integrar a la salud mental en la atención primaria de la salud. Por tanto, en la actualidad, esta categoría está siendo disputada por los distintos actores subalternos que participan de las dinámicas que configuran los sentidos en torno a la salud mental en pos de un reconocimiento social y político de su existencia como sujetos de derecho por sobre la biología de sus cuerpos.

Palabras clave: salud mental; diagnóstico; institución monovalente; etnografía; Córdoba

Abstract

This article is about the logics that dispute the meanings related to illness and disease, based on an ethnographic approach to the mental health field in the city of Córdoba, Argentina. This approach is given from the category “diagnosis” as an articulating axis of the practices and discourses that monopolize the field. As a part of a policy of demanicomialization that arises from reformist movements in the health sector in response to biological perspectives and old hygienist measures, the dismantling of asylum institutions seeks to integrate the mental health into primary health care. Therefore, nowadays, this category is being disputed by different subordinate actors who participate in the dynamics that configure the senses around mental health in pursuit of a social and political recognition of their existence as right holders above the biology of their bodies.

Keywords: mental health; diagnosis; asylum institution; ethnography; Córdoba

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Gallego Gastaldo, A. (2020/2021). Etiquetas que ‘encierran’ historias. Aproximaciones a los sentidos que configuran el diagnóstico de “padecimientos mentales” en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba. *Síntesis* (11), 35-49.

Introducción

Este artículo se desprende de una relectura de un Trabajo Final de Licenciatura en Antropología, realizado entre los años 2017 y 2019 en la ciudad de Córdoba, bajo la dirección de la Dra. María Laura Freyre y el Dr. Manuel Alejandro Giovine.

El objetivo general de aquel trabajo fue indagar etnográficamente en los discursos y prácticas de los profesionales del ámbito de la salud mental local que median en la construcción de los diagnósticos de "padecimientos mentales"¹. Para tal propósito, los procesos de salud-enfermedad fueron utilizados como claves para el análisis social, cultural y político de las lógicas que definen el campo.

Durante aquella apuesta deseamos visibilizar cómo se construyen los diagnósticos de enfermedades mentales en el Hospital Provincial Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Córdoba y su injerencia en el proceso de desmanicomialización enunciado por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental sancionada en el año 2010, en pos de un fortalecimiento de las redes de atención basadas en la comunidad y el territorio. De tal modo, nos propusimos analizar las representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad mental a partir de un acercamiento a los distintos actores que son parte de esta institución y, tomando la práctica médica como fuente de interrogación, indagamos sobre los sentidos y prácticas que éstos producen y reproducen. Esto nos permitió reconstruir el espacio de posiciones ocupadas dentro del campo según la distribución de capitales que definen las interacciones, las tensiones y las representaciones (Bourdieu y Wacquant, [1992] 2005).

Como parte de aquella pesquisa también nos aproximamos a aquellas lógicas 'dominantes' que son significadas y resignificadas desde la construcción de un *habitus* médico (Bourdieu, 1988; Bonet, 1999), en el marco de la formación médica en psiquiatría que se imparte en el Hospital Nacional de Clínicas, perteneciente a la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. A su vez, propusimos un acercamiento a las políticas de gestión de la salud llevadas a cabo por la Secretaría provincial de Salud Mental y Adicciones, y a las estrategias de control social designadas por las fuerzas de seguridad de la provincia. Todas ellas instancias discursivas y dispositivos de acción que intervienen como factores condicionantes y/o habilitantes del diagnóstico de "padecimientos mentales", como de las posibles prácticas terapéuticas.

Asimismo, al aproximarnos a los sentidos que configuran al cuerpo humano como una entidad física que ocupa un espacio y tiene agencia y efectos sobre el entorno, éste se volvió posible de ser analizado como un enunciado performativo. Es bajo esta propuesta que torna al cuerpo como constitutivo de una realidad al crear la realidad social que expresa (Fischer-Lichte, 2011), que también participamos de las distintas instancias organizativas de la "5^{ta} Marcha por el Derecho a la Salud Mental", celebrada en año 2018. Estas jornadas

1. Se trata de una categoría incorporada por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

de planificación nos permitieron acceder a un conjunto de identidades dentro del campo de la salud mental local que se definen y consolidan al organizarse alrededor de un ejercicio que pone en tensión la jerarquía de los sentidos y las prácticas que lo monopolizan.

Así, nos fue posible abordar las agencias que escapan a la lógica diagnóstica y al estudio clínico controlado. Para justificar esta propuesta, el TFL fue dividido en cinco capítulos en los que abordamos distintos aspectos de la problemática presentada.

Para comenzar a pensar este problema de investigación, en el capítulo I se realizó una reconstrucción del campo psiquiátrico a partir de un acercamiento a los razonamientos de producción y reproducción de saberes en torno a la salud mental impartidos desde la Cátedra de Psiquiatría Clínica del Hospital Nacional de Clínicas en la ciudad de Córdoba. Esto nos permitió vislumbrar las lógicas de construcción de diagnósticos desde la perspectiva de un modelo médico de carácter más 'cientificista'.

El capítulo II fue dedicado a los procesos históricos que dieron lugar al desarrollo de distintos esquemas de entendimiento sobre la "locura" y las modalidades de acción que estos discursos habilitaron en el plano local.

En el capítulo III, a partir de una aproximación a la práctica de distintos profesionales del campo de la salud mental del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, cuestionamos el "saber-hacer" del modelo médico presente en la institución. De aquel modo, nos propusimos tensionar la práctica médica en relación a las condiciones sociales y económicas de grupos específicos. La presentación del diagnóstico como un modo de ejercicio de poder, nos permitió hacer foco en la reproducción de jerarquías profesionales dentro de este espacio y su impacto en la producción de sentidos en torno a los padecimientos mentales.

En el capítulo IV analizamos el funcionamiento del subsistema público de salud mental y las condiciones sociales, políticas, normativas y económicas de producción de los servicios de salud ante la persistencia de un modelo manicomial a 10 años de la sanción provincial y nacional de las leyes de Salud Mental y Adicciones. Finalmente, en el capítulo V, mediante el análisis etnográfico de la mencionada Marcha por el Derecho a la Salud Mental y a partir de las modalidades de acción de distintos actores del campo, nos acercamos a las tensiones que definen, delinear y disputan los sentidos en torno a la salud mental, y la vulnerabilidad social de los cuerpos que median dicho proceso de (re)construcción.

Desarrollo metodológico

"¿Qué hace un antropólogo en Salud Mental? ¿qué tiene que ver?" fueron los interrogantes que protagonizaron los primeros contactos con el campo de la salud, que nos condujeron a cuestionar, tensionar, deconstruir y reconstruir las trayectorias y posiciones que los científicos sociales ocupamos en los campos en los que, a priori, se nos posiciona (y nos posicionamos) como ajenos/as. Por tanto, desde una posición que entendimos como "cuestionada" a partir de los mencionados interrogantes, hemos llevado a cabo esta pesquisa con el fin de producir y construir conocimientos que permitan politizar y

desnaturalizar las desigualdades que se ocultan, en este caso, detrás de un rasgo estructural del campo: la biologización de los fenómenos.

Como adelantamos, esta investigación forma parte de un estudio de enfoque antropológico, lo que supuso un trabajo de campo desde un método etnográfico. Este método nos permitió un acercamiento a la comprensión de lógicas culturales desde un nivel de investigación micro. Metodología 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. Es así que, con el objetivo de indagar acerca de la medicalización de la enfermedad mental, y ante la posibilidad de pensar aquello como un problema social, "es decir, lo que en algún momento determinado [constituye] una crisis del sistema social" (Lenoir, 1993:58), nos hemos enfocado en la (re)producción de saberes que definen a la "enfermedad mental" en la sociedad occidental moderna. Más específicamente, tomamos como eje analítico la construcción de los diagnósticos de las "enfermedades mentales"² que se producen a nivel local.

Esta propuesta metodológica se materializó en un trabajo de campo realizado entre abril de 2017 y octubre de 2018. Este trabajo se basó en la observación participante de distintos espacios físicos en los que convergen las redes de relaciones que conforman el campo de la salud mental en la ciudad de Córdoba. 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 claves –principalmente profesionales de salud mental de las instituciones antes mencionadas– la participación en la organización de la lucha, desde los sectores subalternos, producida desde dentro del campo.

Partiendo de un interés situado en este campo fue que también buscamos desentrañar qué actores, lógicas y saberes son constitutivos de esta red de relaciones. Es decir, cómo se configuran las relaciones sociales en el ámbito de las instituciones que atienden las problemáticas de salud mental, tomando como caso distintas instancias que configuran la amplitud de este campo.

Por tanto, ante la propuesta de analizar la construcción de los diagnósticos de enfermedades mentales en relación a las políticas públicas de salud, al momento de pensar en una institución específica como instancia local a investigar, fue considerada la posibilidad de realizar el trabajo de campo en torno a alguna institución de salud de carácter público, entendiendo que aquella institución gubernamental se caracterizaría por un acceso irrestricto y abierto. Razonamiento que más tarde problematizamos ante las dificultades de ingreso al campo.

Por esa razón, y como mencionamos anteriormente, fue que tomamos como caso de estudio

2. En este trabajo la categoría de enfermedad mental, en oposición a la de padecimiento mental, ha sido utilizada como una posibilidad para tensionar las relaciones de poder, los discursos, las prácticas y representaciones que el campo de la salud mental encierra.

principal al Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, ubicado en la ciudad de Córdoba. A su vez, esta institución nos condujo a participar de la cátedra de Psiquiatría Clínica, asignatura del plan de estudios de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Fue desde aquel lugar que nos propusimos analizar cómo se configuran los diagnósticos que se construyen desde un vínculo médico-paciente para así poder reconstruir su definición, los parámetros que se utilizan para su elaboración, las intervenciones que de ellos se derivan y las relaciones que se establecen entre las demás profesiones abocadas a la salud mental que también intervienen y disputan el mismo objeto y espacio.

Del mismo modo, al indagar en los actores claves que conforman el campo de la salud mental local, también nos acercamos a otras instancias discursivas y de toma de decisiones en torno a las políticas públicas provinciales de salud a partir de una aproximación a la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Córdoba y a la Dirección de *Casa del Joven*. Esta última se trata de una institución de salud mental que ofrece tratamientos ambulatorios para jóvenes de entre 14 y 20 años, ubicada en un sector aledaño al Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.

La locura como discurso

Al enfocarnos en las estrategias discursivas que se imponen desde el saber médico, comenzamos por definirlo como un saber que (re)produce formas de existir a partir de una concepción biologicista de los sujetos. Entendiendo que la medicalización y el desarrollo de la *biopolítica*³ (Foucault, 1979), desde el siglo XVIII hasta hoy, han permitido la materialización de dicho proyecto.

Las sociedades occidentales han tomado forma no solo gracias a todo un conjunto de terminologías organicistas, siendo la división entre lo "normal" y lo "patológico"⁴ la más evidente. Sino que también las racionalidades políticas que interpelan las posibilidades de transformación de los modos de existencia comenzaron a hacer uso de la racionalización médico-biológica para forjar un orden moral específico. De tal manera, mecanismos dirigidos a mitigar las enfermedades y a promover el bienestar comenzaron a formar parte del modo de vida de la sociedad occidental moderna. Como señala Foucault en *Los anormales* (1999), la construcción de una teoría general de la degeneración⁵ sirvió de justificación

3. Definida por Foucault (1979) como la manera en que se busca racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de vivientes en cuanto población.

4. Destacamos aquí la construcción de una frontera entre lo "normal" y lo "patológico" a partir de los aspectos políticos y culturales que juegan un papel importante a la hora de determinar y definir un estado de salud que presenta síntomas de incapacidad.

5. En 1857 el médico austriaco Benedict A. Morel publicó su obra *Traité des dégénéscences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine et des Causes qui produisent ces variétés malades*, que se convirtió en la referencia privilegiada del discurso psiquiátrico hasta los primeros años del siglo XX. Su teoría de la degeneración se transformó en un verdadero programa de investigación ampliamente usado por los médicos, higienistas y

social y moral de todas las técnicas de identificación, clasificación e intervención sobre los anormales. Junto con el desarrollo de una red de instituciones que, en los límites de la medicina, constituyeron un sistema de ayuda para los anormales y de defensa para la normalidad.

Es así que este trabajo retoma el mencionado enfoque que conceptualiza las artes de gobierno al considerarlo una herramienta que permite la comprensión del proceso de construcción de los diagnósticos de las "enfermedades mentales" como una problemática históricamente situada. A partir de los aportes de Foucault (2006 y [2003] 2007) y de Goffman (1961) –quien analiza los efectos de la institución psiquiátrica hospitalaria tanto en la constitución de identidades psiquiátricas como en la vida cotidiana de profesionales e internos–, nos ha sido posible transformar en un hecho social y cultural lo que a priori puede ser percibido como un hecho médico, consecuentemente, la locura⁶ deja de ser una afección de carácter orgánico sustentada en un individuo.

De este modo, en línea con el pensamiento foucaultiano, siguiendo a Rose (2012) también arribamos a una imagen sobre la medicina como mediadora en las artes de gobierno, que ocupa un lugar de influencia tanto en la tarea de gobernar a otrxs, cuanto de gobernarse a sí mismx. Consecuentemente, surgen terapeutas, consejeros y asesores como una nueva clase de poder pastoral que, según el autor, se configura en un conjunto de relaciones de poder dadas en un contexto biomédico. Asimismo, Silberglet (2009) señala la disposición del saber médico más allá de los límites de lo científico, para constituirse como una actividad técnica que se sustenta en prácticas institucionales que, a su vez, le dan forma. De modo tal que la incuestionabilidad que adquiere este modelo en cada práctica ritual⁷ no hace más que reforzar un poder que, sujetado desde un saber legitimado y mediante un lenguaje técnico, es sacralizado y ubicado en el plano de lo científico y, por ende, 'verdadero'. Asimismo, un acercamiento a las configuraciones históricas ocurridas a nivel local también nos ha permitido comprender la legitimación de los saberes bio-médicos sobre otros, y cómo aquello aún participa de la configuración del campo de la salud mental.

En esta línea, para comprender las lógicas que allí operan, hallamos necesario realizar una reconstrucción de los discursos alrededor de la locura y la sinrazón, desde sus orígenes socio-históricos anclados en la moral cristiana y sus conocimientos sobre el

criminólogos en todo el mundo Occidental, para comprender las enfermedades mentales y las anormalidades (Vásquez Valencia, 2018).

6. Conceptualizamos aquí la noción de locura como una construcción social variable ya que se trata de una categoría social producto del delineado específico que el discurso sobre la enfermedad mental tomó en el contexto de recepción de ideas argentino.

7. El proceso ritual, definido por Turner (1967), sirve para reconducir periódicamente a los individuos a los principios estructurales y a los valores que rigen el funcionamiento y la organización de la sociedad. Según este autor, los rituales forman parte de procesos sociales más amplios, y contienen significados que muchas veces no son posibles de ser explicitados por quienes los (re)producen.

alma, hasta el surgimiento de la clínica médica como saber racional e instituido sobre el cuerpo (Foucault, 2006).

Al conceptualizar a la locura como un tópico historiográfico (Glutting, 1994), habilitamos un acercamiento a los diagnósticos médicos como reveladores del sistema social, más que del individuo, y de cómo la sociedad históricamente ha reaccionado frente a los comportamientos no convencionales (Sacristán, 2009). Es así que parte de este trabajo también buscó poder dar cuenta de un proceso de construcción de el/los saber/es sobre la locura que permitan analizar cómo se entiende el proceso de medicalización de la salud mental, tanto a nivel nacional como en las modalidades locales de producción del discurso ligado a este concepto.

En consecuencia, durante este recorrido, nos aproximamos a algunos hitos históricos del campo de la salud mental en el país, desde la creación de las Facultades de Medicina en la Universidad de Buenos Aires (1822) y en la Universidad Nacional de Córdoba (1877) y las respectivas cátedras de psiquiatría;⁸ como su accionar en conjunto con las sociedades de beneficencias, que hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX continuaron haciéndose cargo de la locura frente a las disputas de saberes entre la religión y la ciencia; para arribar, finalmente, a los discursos reformistas ligados al surgimiento de la medicina social y las perspectivas de salud de carácter colectivo. Esto último se manifestó en la legislación de algunas provincias en la década del 90 (Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos),⁹ y en un cambio normativo a nivel país en el año 2010 (Ley Nacional Nro. 26.657), mismo año en el que la provincia de Córdoba también adoptó una nueva Ley de Salud Mental.¹⁰

El lugar del diagnóstico en la reproducción de las jerarquías profesionales

A partir de una aproximación a la construcción de los diagnósticos en el Hospital Provincial Neuropsiquiátrico nos fue posible observar la reducción de "malestares psicológicos" a hechos físicos, químicos o anatómicos por parte de algunxs agentes del campo, como parte de una lógica habilitadora de intervenciones que pueden prescindir de la subjetividad del sujetx padeciente: de su palabra, de sus significaciones y de su historia. O que simplemente consideran estos aspectos como meras circunstancias de su contexto social, cultural o familiar, cuya incidencia no es considerada como parte de los procesos vitales del paciente. Bajo esta concepción comprendimos porqué las preguntas sobre el malestar son orientadas al cuerpo físico, siendo el diagnóstico parte de una lógica cuyos saberes son monopolio de la medicina de carácter más científico.

8. A partir de 1865 se sentaron las bases para la aparición del alienismo como especialidad médica en la Universidad de Buenos Aires (Vezzetti, 1983), mientras que en el año 1888 se incorporó al plan de estudios de la Carrera de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, la Cátedra de Psiquiatría.

9. Ley Nro. 2.440 de la provincia de Río Negro (1991), ley nro. 10.772 de Santa Fe (1991) y ley nro. 8.806 de la provincia de Entre Ríos (1994).

10. Ley provincial Nro. 9.848.

Asimismo, nuestra participación en las clases de Psiquiatría Clínica nos ha permitido argumentar que la psiquiatría, junto a otras especialidades, intenta reproducir un modelo disciplinario que ubica al objeto de estudio en un órgano humano. Reduciendo, así, el sujeto al cerebro. Esta división del sujeto-objeto, producto de una relación de fuerza asimétrica, es decir, de una división dentro de los sectores dominantes por el poder de objetivación-subjetivación, tiene la capacidad de clasificar a un/x otrx. Lo que contribuye a denotar una relación de sujeción (parte de una multiplicidad de redes de relaciones de fuerza) que fabrica individuos y que, a efectos del poder, opera sobre ambos términos de la relación transformando a los sujetos (Foucault, 1975). A su vez, esta dinámica de poder es ejercida mediante mecanismos disciplinarios que, como espacios analíticos, son propicios para la vigilancia y el control (Gil, 2011), ayudándonos a comprender la operatividad de las disciplinas –como lo es la psiquiatría– desde una lógica que posiciona al cuerpo como objeto analizable y manipulable en términos técnicos y políticos. Lo que habilita la construcción de determinados sujetos como parte de una lógica de ordenamiento de las multiplicidades 'peligrosas' (Foucault, 1993).

En este sentido, el análisis llevado a cabo en la institución monovalente nos ha llevado a definir a esta última como un dispositivo cuyo origen puede ser señalado en el seno de la sociedad disciplinaria (Foucault, 1975).

Cabría entonces preguntarnos sobre aquellos dispositivos de sujeción que, propiciados por el actual contexto socioeconómico, han surgido como discursos 'verdaderos' que conllevan efectos sobre las individualidades. Tal es el caso de la industria de los psicofármacos.

Como pudimos observar, la principal razón que habilita el desarrollo de la psiquiatría dentro del campo de la medicina es su capacidad legítima del trato farmacológico a partir de un saber y una búsqueda técnica que se constituyen como partes centrales del proceso de obtención de respuestas clínicas mediante un estudio sistemático de la biología del paciente. Estos recursos definidos por Bourdieu como *capitales*, es decir, "como aquello que es eficaz en un campo determinado, tanto a modo de arma como de asunto en juego en la contienda, que permite a sus poseedores disponer de un poder, una influencia, y por tanto existir en el campo en consideración" (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 152), sostienen una situación de poder frente a otros profesionales del campo de la salud mental como psicólogos, trabajadorxs sociales, enfermerxs, talleristas, etc, habilitando la toma de decisiones en un contexto dominado por la presencia de un modelo biomédico.

El diagnóstico de las patologías como un ejercicio de poder legitimado por ciertos saberes nos ha permitido analizar las jerarquías profesionales que se establecen entre distintxs agentes del campo de la salud mental a partir de las dinámicas profesionales que se (re)producen en el espacio del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. Es así que en la actualidad un aparente carácter autogestivo de la salud, como expresión de la fluidez de los vínculos en la modernidad, también nos ha conducido a cuestionar el crecimiento y la ampliación del mercado terapéutico y de la industria de los medicamentos, y los avances farmacológicos que tal desarrollo propicia. Lo que nos ha llevado a preguntarnos si aquello

forma parte de una (re)actualización de antiguos dispositivos de sujeción, de modo que su exploración etnográfica podría constituir un gran aporte al campo de estudio.

La persistencia del modelo manicomial a más de 10 años de la sanción de las Leyes de Salud Mental

Como señalamos anteriormente, durante el año 2010 fueron sancionadas la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental Nro. 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 N° 26.657 de 2010). De esta manera, los Estados nacional y provincial entienden el estado de salud como consecuencia de una serie de procesos diversos y una complejidad de factores que llevan a pensar la enfermedad mental no sólo como un problema biológico o psicológico. Del mismo modo, la introducción de la noción de "padecimiento subjetivo", re-nombramiento que suplanta el término "trastorno/enfermedad mental" como expresión de la lucha de sentidos en torno a la salud mental, también sugiere un cambio de perspectiva sobre los modos de abordaje de los padecimientos.

Sin embargo, a través de este trabajo nos fue posible vislumbrar durante el proceso de implementación de las leyes que pareciera ser que tanto los aspectos económicos, como las voluntades políticas y profesionales, tienen sus efectos sobre la cuestión jurídico-legal. Lo que ha generado –y aún genera– un impacto decisivo en las posibilidades de concreción de un proceso de transformación en el área de la salud mental. Lo que demuestra su capacidad para (in)habilitar el proceso de desmanicomialización y su injerencia en la construcción de un modelo comunitario de educación, promoción, prevención y atención de la salud, como también la falta de posicionamiento de la salud mental en las instituciones polivalentes de salud.

Mediante un análisis de la evolución del presupuesto destinado al sistema de salud mental pudimos dar cuenta de una falta de compromiso tanto del gobierno provincial, como desde la jurisdicción municipal, ya que, a través de los años, el porcentaje destinado al área no se ha visto modificado. Esta situación no solo produce brechas respecto a los recursos y coberturas, también limita la transformación de los servicios. Como parte de los recursos brindados por el Estado, los presupuestos destinados a los distintos profesionales del campo de la salud mental pública en Córdoba también denotan la falta de compromiso en la concreción de políticas públicas. Al respecto, una de las entrevistadas, psicóloga del Hospital Provincial Neuropsiquiátrico, 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 [...] a nivel nacional, que no lo van a hacer (Ana, comunicación personal, noviembre de 2019).

Como mencionamos al inicio de este apartado, la actualización de las leyes nacional y provincial de Salud Mental incorporaron una nueva definición de salud mental y que, para su promoción, se requiere de un primer nivel de atención de la salud que cuente con una serie de dispositivos de contención de los sujetos, distintos de los de los hospitales monovalentes. También contempla que se precisan recursos humanos, técnicos y de infraestructura, y el diseño e implementación de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para el abordaje de los padecimientos.

Sin embargo, como pudo ser observado tanto desde el funcionamiento de la institución hospitalaria como en el accionar de la Secretaria Provincial de Salud Mental y Adicciones, la escasa articulación de las jurisdicciones –que generan una hiperfragmentación del subsector público-estatal de salud– contribuye a producir organismos autónomos, cuya superposición de funciones genera relaciones jerárquicas entre los diferentes niveles. Lo que ha acentuado las inequidades en la prestación de servicios y recursos. Esto último también tiene sus efectos en 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 quienes acuden al sistema público de salud mental.

Por tanto, entendemos que la proyección de un enfoque de derechos en los modos de construcción de 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. Su planteo también posibilita otros sentidos en torno a lo que es o debería ser la "salud", comenzando por disponer el efectivo acceso 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. La mercantilización de la salud como producto de un sistema de mercado que tiene injerencias en las decisiones políticas, nos lleva a repreguntarnos desde dónde es coordinada la acción de los agentes de la política del cuerpo.

En este contexto, la accesibilidad, como parte de una dimensión de la salud que debería estar contemplada por políticas públicas, emerge y resuena como uno de los principales reclamos que se plantean a los distintos niveles del poder estatal desde una construcción de la ciudadanía en torno a la concesión del derecho a la salud.

Esta situación nos señala que no hay nada lineal entre la sanción de una legislación

y su “aplicación” en el mundo social. El Estado, al adherir a pactos internacionales se encuentra obligado a garantizar y promover el derecho a la salud, es así que ante luchas que hicieron posible esta legislación éste pudo dar cuenta de una condición de *precaridad*^{II} de los sujetos, definida por la distribución diferencial de la vulnerabilidad en la que “se designa la condición políticamente inducida en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo social y económico y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte” (Butler, 2010, p. 46). Es decir, el daño sufrido por una población históricamente invisibilizada, se convirtió en la base que permitió enunciar una pertenencia social que organizó las demandas por el ejercicio de ciudadanía (Petryna, 2016). Sin embargo, ante la falta de aplicación de la ley, realizamos una nueva lectura de este trabajo y nos preguntamos si bajo esta modalidad de reconocimiento no se ha corrido el riesgo de convertir aquella práctica política en un proceso que terminó por devolver a aquellas vidas a su condición de precariedad (Butler, 2009).

Si pensamos en las definiciones producidas desde un marco jurídico como un tipo de ciencia moral, una demostración de la intención del Estado de hacer visibles los reconocimientos como un modo de garantizar su propia legitimidad social y así la gobernabilidad (Petryna, 2016), al indagar sobre la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y, teniendo en cuenta los escenarios de disputa en los que se amplían los márgenes de participación ciudadana, nos preguntamos en qué medida aquella instancia de reconocimiento jurídico que permite construir canales de exigibilidad ha sido un avance clave en el devenir de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, es decir, en qué medida ha funcionado como una forma de reconocimiento legítimo; y en qué medida ha actuado como un ejercicio de incorporación/asimilación de personas que históricamente han sido marginadas por el orden social dominante.

Combatiendo el encierro en libertad

Los sujetos pertenecen a la trama histórica, por tanto, entendemos que se encuentran constituidos 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, en términos de derechos, se traduce en una incapacidad jurídica y en una normatividad que se reproduce en las políticas públicas. En este sentido, una de las entrevistadas, una antigua

II. Mientras que el concepto de precariedad (término original en inglés, *precariousness*) designa el carácter social de la vida, haciendo referencia al hecho de que la propia vida depende de otros –incluso desconocidos– para ser vivida, cuya exposición vuelve a los sujetos vulnerables. Butler (2009) denomina como precariedad (*precarity*) a la condición política en la que la vulnerabilidad y la precariedad son el resultado de una decisión política de excluir a ciertas poblaciones de las redes sociales de contención que hacen que la vida sea posible y digna.

psicóloga del HNP, nos comentaba:

Los usuarios plantean todo el tiempo que les roban, que los abusan y en realidad es cómo se los mira desde el diagnóstico, no les creen, no les creen, entonces eso tiene consecuencias muy graves para la vida de las personas. Primero ver desde estructuras porque las intervenciones que se diseñan por ejemplo desde la dirección de salud mental van en atención a psicóticos. Entonces te formás en psicosis, toda la capacitación va en esa dirección (Ana, comunicación personal, noviembre de 2019).

A partir de este relato observamos que la salud mental se ve anulada en el entramado social pero no en la subjetividad de quien padece. 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, nos es útil retomar el concepto de precariedad, formulado por Butler (2009) para pensar en 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 político-partidarias.

El ejercicio de la libertad se construye y pone en práctica, entonces, alrededor de la apropiación del espacio público. A través de la organización y la "puesta en marcha" se ejerce una resistencia a los términos del poder que los excluye y produce como imposibles de ser pensados. De tal manera, el modo diferencial de distribuir la precariedad es puesto en tensión ante una organización y movilización política que buscan transformar las condiciones sociales que hacen que una vida sea (o no) digna de ser vivida.

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 de la institución hospitalaria que vulnera los derechos de sus usuarixs y trabajadorxs. A su vez, uno de los tópicos abordados durante su organización fue la persistencia y el sostenimiento de un modelo biomédico en la atención del padecimiento mental. Un modelo que propone un abordaje de las problemáticas como el resultado de causas neurobiológicas y, con ello, la administración de psicofármacos; y como señalamos anteriormente, la marcada desinversión en el sector que imposibilita el desarrollo de enfoques interdisciplinarios para la comprensión y el tratamiento de los padecimientos. En suma, la persistencia de este modelo atenta contra las posibilidades de autonomía de lxs usuarixs¹² del servicio de salud mental sobre su propia salud a causa del poder y la custodia –disfrazada de cuidado– que se ejerce sobre sus vidas.

Presenciar los diálogos que definían las modalidades que tomaría la movilización política

12. La categoría usuariix, enunciada tanto por la nueva normativa como utilizada por los sujetos que acuden al servicio de salud mental, a diferencia de la noción "paciente", hace referencia a la capacidad de decisión de los sujetos.

nos permitió conocer, a partir de la exposiciones de lxs participantes, dos consignas recurrentes que podrían ser categorizadas bajo el rótulo de lo legítimo vs. lo urgente. Como señalaba una de las usuarias durante la ronda de propuestas "la salud mental nos incumbe a todos, sólo que los que estamos adentro pagamos los platos rotos" (notas de campo, 2018). De aquel modo no solo se marcaba una distancia entre quienes participaban de aquella reunión. Sino que también se deseaba construir una consigna que fuera capaz de dar cuenta de la importancia de la participación activa del resto de los miembros de la sociedad que se piensan ajenos al servicio de salud mental, ya que el padecimiento mental era entendido y presentado como cualquier otro fenómeno médico, pudiendo irrumpir en la cotidianidad de cualquier persona. Aquel discurso tenía el objetivo de resignificar qué se entendía por salud mental, tendiendo a concientizar, responsabilizar y hacer a la comunidad partícipe de la lucha. Al mismo tiempo, mediante esta argumentación, se pretendía generar un sentimiento de empatía capaz de conducir a una superación del prejuicio, marginalización y desentendimiento producto de una identidad ya creada en torno a un discurso específico sobre la locura y la consiguiente naturalización de su reclusión.

La marcha es pensada a partir del reclamo específico por la implementación de las Leyes de Salud Mental como una cuestión urgente a resolver. Cuya falta normativa afecta en lo inmediato a quienes sufren los efectos que el paso por esta institución monovalente, asentado en una historia clínica, puede ocasionar a diferencia de otras afecciones. Estas disputas no solo señalaban una pluralidad metodológica en torno al curso de la lucha sino que como generadoras de enfrentamientos que configuraban y delimitaban una identidad profesional, también operaban demarcando un distanciamiento de lxs profesionales del campo respecto de lxs usuarixs.

Durante aquel proceso de construcción de una identidad grupal, la tensión que se generó a partir de la expresión de diferentes puntos de vista de usuarixs, trabajadores de la institución, talleristas, estudiantes y miembros de organizaciones sociales, también nos permitió comprender la heterogeneidad y la jerarquía de las demandas, y las luchas que encerraban las distintas posiciones de los sujetos en el espacio social. Aquella situación nos acercó a los sujetos padecientes en tanto sujetos políticos y sociales, y a los espacios de militancia que construyen.

A modo de cierre

A partir de la sanción de las leyes es posible argumentar que, tanto a nivel nacional como provincial, se desean establecer modelos interdisciplinarios en el abordaje de la salud mental. Esto también implicaría la superación de los modelos de formación de grado que reciben lxs profesionales que se especializan en el área de la salud mental.

Durante este artículo, que rescata la observación del modelo disciplinar en el ejercicio profesional donde se encuentran distintas disciplinas abocadas al cuidado de la salud, observamos que a nivel de la práctica éstas no se posicionan horizontalmente. Más bien, su

disposición proyecta y reproduce hegemonías profesionales, construidas históricamente a razón del devenir de la modernidad.

El ejercicio diagnóstico, al tratarse de una situación que tiene consecuencias importantes sobre la vida de aquellxs que son definidos y categorizados desde una clasificación de las enfermedades mentales, se nos presenta como una posibilidad de reflexionar sobre las relaciones de poder que estas categorías clasificatorias encierran; ya que la vulnerabilidad social de los cuerpos sobre los que se ejerce el poder medicalizante conduce a los sujetos a experimentar una exclusión de la sociedad a partir de un desconocimiento político de su existencia como sujetos de derecho.

Si bien el curso histórico de transformación de los sentidos en torno a la salud mental se ha visto plasmado en un cambio legislativo tanto a nivel nacional como provincial, no se trata de un punto final en el proceso reformista de desmanicomialización de la salud mental. Como mencionamos, el campo de esta última está compuesto por grupos de intereses antagónicos que se encuentran en constante tensión: unos por conservar el poder con el fin de perpetuar el modelo médico ya establecido; y otros que se configuran alrededor de discursos que cuestionan las lógicas hegemónicas en torno a la salud mental al luchar por una transformación del orden social y por subvertir las reglas del campo para hacer que sus capitales sean más valiosos.

En este sentido, fue importante recordar algunas incorporaciones y modificaciones a las lógicas del campo de la salud mental a partir de las leyes nacional y provincial de Salud Mental, que añaden una perspectiva de derechos en la definición de los servicios de salud mental. Tanto la incorporación de la categoría de "padecimiento subjetivo", el pasaje de paciente a usuario, como la habilitación de otrxs profesionales en la construcción de diagnósticos, representan modificaciones normativas que dan cuenta de espacios, subjetividades e identidades que se encuentran en constante disputa.

No obstante, más allá de la sanción de nuevas normativas, al analizar los modos locales de producción de salud-enfermedad-atención y los patrones de funcionamiento del circuito institucional monovalente, nos aproximamos a algunas de las razones por las cuales su desarticulación aún no es posible, ya que aún continúa manifestándose una fuerte presencia del modelo biologicista en los discursos y en las dinámicas de acción de las instituciones de educación, salud y gobierno que impiden la plena vigencia de las leyes orientadas hacia un total cierre de las instituciones asilares, como el hospital neuropsiquiátrico.

Por tanto, para trabajos futuros, sugerimos continuar indagando tanto en la implementación de las normativas de salud mental que se enmarcan en un determinado modelo de salud –y sus posibilidades de concreción–, como también acompañar la dinámica de los procesos identitarios que se van construyendo en conjunto a las disputas que definen el campo de la salud mental en la ciudad de Córdoba.

Bibliografía

- Bonet, O. (1999). Saber e Sentir: una etnografía da aprendizagem da biomedicina. *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva*, 9(1), 123-130. <https://www.scielo.br/j/physis/a/c3PCws7x6dVZgd4TgSLV8Kb/abstract/?lang=pt>
- Butler, J. (2009). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2010). *Marcos de Guerra. Las vidas lloradas*. México D.F.: Paidós.
- Bourdieu, P y Wacquant, L. ([1992] 2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fischer-Lichte, E. (2011). *Estética de lo performativo*. Madrid: Abada.
- Foucault, M. [1966]. *Les Mots et les choses: Une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. ([1975] 1992). *Vigilar y castigar: El Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. ([1979] 1993). *Microfísica del poder*. Madrid: Ed. La Piqueta.
- Foucault, M. [1979]. *Naissance de la biopolitique. Curso en el Collège de France 1979*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica,
- Foucault, M. ([2003] 2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gil, M. (2011). Poder, verdad y normalidad: genealogía del hombre moderno a través de la lectura de M. Foucault. *Cuaderno de Materiales*, (23), 443-456.
- Goffman, E. ([1961] 1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gutting, G. (1994). Michel Foucault's Phänomenologie des Krankengeistes. En M. S. Micalé y R. Porter (Eds.), *Discovering the History of Psychiatry*, (pp. 331-347). Oxford: Oxford University Press.
- Lenoir, R. (1993). Objeto sociológico y problema social. En P. Champagne, P. R. Lenoir, D. Merllié y L. Pinto (Eds.), *Iniciación a la práctica sociológica*, (pp. 57-102). México: Siglo XXI.
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657 (2 de diciembre de 2010). Boletín Oficial N° 32.041. Buenos Aires, Argentina.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE Editorial Universitaria.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-189. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35112428008.pdf>
- Silbergleit, C. (2009). *Produciendo saberes hegemónicos. Una mirada antropológica sobre las residencias médicas hospitalarias*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Turner, V. ([1967] 1999). *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. México: Siglo XXI.
- Vazquez Valencia, M. F. (2018). El papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales, Colombia primera mitad del siglo XX. *Historia y sociedad*, (34), 15-39. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/article/view/64570>