



12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

La Plata, junio y septiembre de 2021

GT 61: “Políticas públicas y prácticas comunitarias en salud mental en Argentina. Debates y aportes al diálogo de saberes”

Interseccionalidades entre salud mental, prácticas profesionales interdisciplinarias y ética

Prof. Adj. Mag. Lucía de Pena. Licenciatura de Psicomotricidad-Escuela Universitaria de Tecnología Médica-Facultad de Medicina-Universidad de la República-Uruguay.

luciadepena@fmed.edu.uy

Prof. Adj. Mag. Claudia Morosi. Escuela de Parteras-Facultad de Medicina-Universidad de la República-Uruguay. claudiamorosi@gmail.com

Prof. Adj. Dra. Cecilia Silva. Departamento de Trabajo Social-Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de la República-Uruguay.

cecilia.silva@cienciassociales.edu.uy

Resumen

La ponencia tematiza respecto al proceso que Uruguay emprende desde el año 2015 en la puesta en discusión sobre los lineamientos a seguir para el cambio de modelo de atención de la salud mental. Éste es un proceso reciente e incipiente para más de 130 años de implementación del modelo manicomial en nuestro país (desde 1980 con la creación del Manicomio Nacional, Hospital Vilardebó, y la seguida fundación de la Colonia de Alienados en 1912). Durante ese largo tiempo, han transcurrido cambios en los procedimientos de atención, actualizaciones normativas a las que se suma la Ley de Salud Mental (2017). La aprobación de esta ley ha sido un eslabón imprescindible para comenzar a efectivizar el cambio hacia un modelo de perspectiva social, con cierto énfasis en el primer nivel de atención. No obstante,

esto no salda el debate sobre qué prácticas y hacia dónde dirigir esas prácticas para la transformación de la lógica manicomial y psiquiatrizante, al mismo tiempo que se plantea el desafío ineludible de discutir y consensuar acciones de acompañamiento de la población ya cronificada por la internación manicomial. En estos años Uruguay a avanzado también en la consolidación de un cuerpo normativo actualizado en materia de derechos humanos que brinda herramientas concretas para la práctica e introduce perspectivas conceptuales alientes para promover procesos de cambio efectivos. La academia por su parte se ha nutrido de bagaje conceptual y de procesos de debate teórico, metodológico, epistemológico, que acompañan la actual coyuntura de discusión, revisión y prácticas de modificación del hasta ahora modelo manicomial. Esto también ha sucedido en otros campos que consideramos nutren al de la salud mental, es el caso del también incipiente para Uruguay, campo de la bioética. Al tiempo que la Universidad de la República avanza en programas de formación en Bioética, este campo comienza a involucrarse en temas amplios de la sociedad uruguaya que requieren de múltiples referenciales para nutrirse y ser abordados en su complejidad. Es así que consideramos que problematizar en términos de interseccionalidad, nos permite identificar para el tema a abordar, el campo de la salud mental y las prácticas interdisciplinarias, la diversidad de componentes a poner en consideración. Entendemos, además, que estos procesos de discusión y producción requieren de espacios colectivos interdisciplinarios con participación activa de profesionales implicados en el campo por lo cual el curso es planificado en una modalidad de trabajo con activa consulta e inclusión de los/as asistentes en el desarrollo de los contenidos temáticos.

Palabras clave: *Salud mental; Interseccionalidad; Interdisciplina; Ética.*

Introducción

Uruguay ha tenido una discusión tardía sobre la reforma de la política de asistencia de la salud mental, si bien cuenta con antecedentes que se remontan a mediados de los años ochenta con participación de la sociedad civil en el reforzamiento del

modelo de atención en comunidad, reforzamiento del primer nivel y de movilización de familiares y usuarios. Sin embargo, recién en el año 2015 –precedido en el 2009 con una tímida aproximación a pensar un anteproyecto de ley de salud mental sin mayor repercusión- es que se emprende y afianza un proceso de discusión sobre lo que dos años después terminaría siendo la nueva normativa en materia de salud mental para el país, con la aprobación de la ley 19.526, ley de Salud mental.

Esta ley, a los efectos de la ponencia, opera como campo concreto para la identificación de algunos elementos que entendemos sustantivos en la regulación no sólo jurídica sino también política, técnica y social de la reforma necesaria para la atención de la salud mental en relación a los más altos estándares de derechos humanos. Incorporamos la noción de interseccionalidad y su expresión a partir de prácticas profesionales interdisciplinarias a modo de pulsiones posibles para el establecimiento de una ética desmanicomializante.

La predominancia del asilo psiquiátrico y la naturalización de su presencia en el paisaje urbano y en la cotidianidad colectiva, requiere innovar, poner en movimiento constante las diversas nociones y categorías conceptuales. La incorporación de la noción de interseccionalidad permite ampliar la perspectiva de consideración de los diversos atravesamientos que operan en la vida singular, en la vida colectiva y en las dinámicas institucionales que dan forma al campo de la salud mental. Por otra parte, y al mismo tiempo, pensar estas dinámicas bajo la reflexión ética considerando una ética desmanicomializante conduce a un análisis atento a las prácticas y no sólo a los argumentos. Con tal finalidad es que planteamos tres mojones en la ponencia: en el primero de ellos nos detenemos en el concepto de interseccionalidad y su potencia para el campo de la salud mental, en el segundo mojón colocamos el énfasis en las prácticas profesionales, la interdisciplina y la ética, en el tercero y último reparamos en la ley 19.529 sus evidencias respecto al intrincado proceso de reforma.

Sobre la categoría interseccionalidad en el campo de la salud mental

La noción de interseccionalidad tiene sus orígenes en el seno de las producciones feministas afrodescendientes como categoría que cuestiona las lecturas

esencialistas del género en la medida que opacan las posibilidades de pensar otras determinaciones que configuran los procesos de distribución de privilegios y discriminaciones (La Barbera, 2016).

Esta categoría surge en Estados Unidos en la década del 80, con la autoría de Crenshaw, quien la define de la siguiente manera:

La interseccionalidad es una conceptualización del problema que busca captar las consecuencias estructurales y dinámicas de la interacción entre dos o más ejes de subordinación. Aborda específicamente la forma en que el racismo, el patriarcado, la opresión de clases y otros sistemas discriminatorios crean desigualdades básicas que estructuran las posiciones relativas de las mujeres, razas, etnias, clases y otros. Además, la interseccionalidad se ocupa de cómo acciones y políticas específicas generan opresiones que fluyen a lo largo de dichos ejes, constituyendo aspectos dinámicos o activos del desempoderamiento (Crenshaw, 2002, pág. 177).

Una de las consecuencias políticas más complejas que se derivan de la ausencia de una estrategia interseccional es la de impulsar agendas políticas paralelas, unidimensionales, cada una de ellas colocando el énfasis en una categoría, lo que configura dos riesgos, por un lado, el riesgo de no identificar problemáticas que se derivan estrictamente de la intersección de categorías y, por tanto, de discriminaciones identitarias y, por otro, el riesgo incluso de impulsar agendas políticas con contradicciones entre sí (Crenshaw, 2012).

La potencia de la noción de interseccionalidad como categoría teórico- metodológica se encuentra en la base de su rápida extensión para campos de problemas muy diversos. Si bien mantienen en su núcleo la intersección de las dimensiones género-raza/etnia-clase social, incorporan otras, explicativas de los contextos de discriminaciones múltiples como ser: generaciones, diversidad sexual, situación de discapacidad, territorialidad, procesos migratorios entre otros.

Concretamente para el campo de la salud, la interseccionalidad se afianza a como categoría ineludible para la producción de conocimiento posibilitando la construcción de problemas de investigación desde la multidimensionalidad, para la planificación y la ejecución de las políticas y, para las prácticas profesionales en orientadas a las personas o grupos de personas que históricamente han sido marginalizadas de la

atención a la salud por los múltiples procesos de exclusión derivados de los múltiples procesos de discriminación (Couto, de Oliveira, Alves, & do Carmo, 2019). No obstante, para este campo, otros referenciales teóricos emergentes en América Latina en las décadas del 60 y del 70 formulan interrogantes en relación a los procesos de determinación social de la salud, incorporando para la comprensión de las desigualdades estructurales en a lo que han dado en llamar la tríada de la inequidad en salud, clase social-raza/etnia-género. Tal es el caso de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva (Breilh, 2013; Testa, 1997; De Almeida-Filho, 2000), la Epidemiología Crítica (Breilh, 2003) y la Teoría Social de la Salud (Blanco, Portillo, & San Martín, 1991).

Concretamente para el campo de la salud mental, la noción de interseccionalidad aporta para la comprensión del modo en que las clásicamente denominadas “subjetividades vulnerables” son resultado de un sistema que determina posiciones de subordinación desde las que el acceso a los recursos materiales y simbólicos es desigual (Linardelli, 2015). Los modos en los que el sufrimiento psíquico se distribuye se vincula directamente con los mecanismos de distribución de las discriminaciones -que son múltiples- y de los privilegios -que son también múltiples-. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (Organización Mundial de la Salud, 2013) identifica “personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental”. Entre estos grupos la OMS identifica a los siguientes:

miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (Organización Mundial de la Salud, 2013, pág. 7).

Son por demás elocuentes las características que asumen estos grupos, sobre la influencia de las variables transversales a la vida de toda persona y la desproporcionalidad en la afectación que se manifiesta en cada una de ellas en función del lugar social, material y simbólico que ocupan en las estructuras y dinámicas de interacción, tal como lo explicita la OMS.

Interdisciplina e interseccionalidad como componentes de una ética desmanicomializante

Plantear a la ética desmanicomializante como un curso posible para la comprensión de las lógicas subyacentes constituye un desafío conceptual que requiere poner en discusión ambos componentes, para que, lejos de cercar los sentidos de la ética con discursos moralizantes o prácticas del buen hacer profesional, recuperemos la articulación de la ética con la política, en la medida en que la política posibilita la realización de instituciones que habilitan a la autonomía humana (Castoriadis, 1993). La ética ha sufrido cierto desgaste, como noción filosófica compleja y problematizadora de la realidad, para ir acercándose lentamente a una noción que adquiere sentido en lo inmediato, legitimando unas prácticas por sobre otras, a partir de la naturalización de profundas desigualdades que corren del centro de la discusión a la dignidad humana. En palabras de Castoriadis: “en el peor de los casos, la palabra ética se usa como slogan y en el mejor, solo es signo de un malestar y una pregunta” (Castoriadis, 1993, pág. 35).

Desde esta perspectiva, los aportes de la ética para el campo de la salud mental son fecundos y permiten aportar densidad conceptual en la medida en que se logre trascender estrictamente los aportes de la ética profesional –correctamente llamada deontología– y de la Bioética clínica como campos absolutamente necesarios, que, no obstante, agotan sus lecturas en el marco de la relación clínico-asistencial. La reducción del análisis del campo de la salud mental al de la atención sanitaria a la salud mental que históricamente ha operado profundizando la perspectiva medicalizante, colabora en este sentido.

El surgimiento del movimiento de la Bioética Social Latinoamericana, como movimiento regional, propone efectivamente colocar en relieve el particular contexto de desigualdad social como escenario de vulneración de derechos que compromete

seriamente las posibilidades de algunas personas y algunos colectivos de ejercer el derecho a la salud y visibiliza la responsabilidad estatal en su garantía. Garrafa expone una distinción entre los problemas que debe enfrentar la Bioética a nivel local, en los países periféricos y los discrimina de los problemas clásicos de los países centrales. Problemas persistentes –en los países periféricos– derivados del sistema social, político y económico que profundiza las desigualdades y promueve la exclusión y, problemas emergentes –en los países centrales– producto del acelerado avance científico-tecnológico (Garrafa & Erig Osório de Azambuja, 2009). La Bioética de la intervención, como propuesta epistemológica para la Bioética se propone:

además de contribuir a la politización de la agenda bioética del siglo que ahora se está iniciando, de ampliar las bases de actuación de la disciplina, transformándola -de modo concreto– en una herramienta más para la profundización y perfeccionamiento de la ciudadanía, de los derechos humanos y de la verdadera democracia (Garrafa & Erig Osório de Azambuja, 2009, pág. 89).

La Bioética de la intervención, por tanto, en consonancia explícita con el paradigma de los derechos humanos, inaugura la posibilidad de una Bioética desde la periferia marcando la agenda de la discusión en torno a problemas locales y situados (Rivas-Muñoz, Garrafa, Ferreira, & Flor de Nascimento, 2015).

La referencia a una ética que aborde los problemas locales bajo el gran manto del paradigma universal de los derechos humanos puede suponer, en una lectura rápida, una contradicción. No obstante, los derechos humanos como instrumentos político-jurídicos de legitimación de la dignidad humana y de responsabilización de los Estados para su garantía, se proyectan en la actualidad como la última gran utopía en vigencia, que, sin desatender la defensa de los derechos civiles y políticos que dieron impulso al paradigma, en definitiva, “deberán dedicarse a la preocupación programática de diseñar buenos Estados para los fines del bienestar económico global” (Moyn, 2014, pág. 67), lo que implica profundizar su arista política.

En este sentido, profundizar los aportes de la Bioética de la intervención para el campo específico de la salud mental permite disputar otros sentidos y delinear una ética de la salud mental como una ética desmanicomializante.

Desde 1990 a la fecha, la comunidad internacional, a través de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, viene colocando sistemáticamente en la agenda mundial y regional la obsolescencia del modelo asilar y la urgencia de avanzar hacia un modelo de atención a la salud mental comunitario. La Declaración de Caracas –emblemática por ser la primera de varias declaraciones posteriores en la línea de articular el campo de la salud mental con la perspectiva de los derechos humanos– expresa con absoluta claridad que aislar al enfermo de su medio es generador de mayor discapacidad social y que además crea condiciones que ponen en peligro el ejercicio de los derechos humanos de las personas (Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud, 1990). Los argumentos esgrimidos para el enjuiciamiento de la asistencia en el hospital psiquiátrico son contundentes y recogen la evidencia científica acumulada en diferentes materias que convergen para su lectura y análisis: i) el ético jurídico, refiere a la sistemática violación de los derechos humanos, ii) el clínico, en relación a los procesos de cronificación padecidos por las personas en situación de encierro, iii) el institucional, se vincula a las relaciones de violencia inherentes a la institución y, iv) el económico, en relación al bajísimo costo-efectividad del hospital psiquiátrico (Saraceno, 2007, pág. 14).

Manicomio, de institución asilar o de asilo, de institución monovalente, de institución total, para referir de diferentes modos a un espacio-tiempo de encierro que produce y reproduce una lógica que -no obstante tener al encierro como núcleo de intervención- lo contiene y lo trasciende, en la medida en que es la máxima expresión de un modelo de comprensión e intervención sobre el sufrimiento psíquico que se caracteriza por la totalización de la vida bajo el velo de lo psiquiátrico.

El neologismo desmanicomialización fue acuñado durante el proceso de reforma de la asistencia a la salud mental en la provincia de Río Negro a fines de la década del 80. Desde sus orígenes tuvo la intención de colocar al manicomio como centro de la problemática, en la medida en que concentra las más flagrantes vulneraciones de

derechos, a la vez que se propone identificar lógicas que lo trascienden y atraviesan todo el campo de la salud mental, con independencia del ámbito en el que se desarrolle la asistencia. En ese contexto, la palabra como tal fue duramente resistida, a la par del propio proceso que pretendía nombrar, no obstante, comenzó a instalarse localmente y a trascender fronteras, al entrar en diálogo con otros actores -italianos, brasileros, entre otros- que también transitaban procesos de reforma (Cohen & Natella, 2013).

La esencia de la desmanicomialización fue volverlo [al manicomio] innecesario. (...) La prioridad fue abrir antes para cerrar después, ya que cerrar un manicomio es consecuencia de abrirse todas las alternativas posibles, para que la persona con padecimiento mental no desaparezca del espacio social colectivo (Cohen & Natella, 2013, pág. 122).

En este sentido, referirnos a una ética desmanicomializante requiere analizar, por un lado, qué dimensión asume el “des” como prefijo que antecede y nos orienta desde el inicio en la línea del “desandar” y, por otro, la noción de manicomializante como acción de manicomializar, es decir de acción sobre el otro que trasciende lo concreto del encierro, en la medida que es resultado de complejas operaciones simbólicas sobre el campo en el que se interviene.

El campo de la salud mental está atravesado desde sus inicios por una lógica binaria manicomio/encierro, comunidad/afuera, que no permite analizar los procesos de desmanicomialización con la suficiente profundidad y transversalidad para abordar la compleja situación de la asistencia a la salud mental en nuestro país. Los procesos de externación sustentable encuentran dificultades para materializarse en la medida en que el modelo comunitario de atención a la salud mental es débil aún, pero por sobre todas las cosas, porque no ha logrado trascender la lógica sanitarista y medicalizante que, no obstante, realiza esfuerzos para dar algunas respuestas, éstas se agotan por la debilidad de la perspectiva intersectorial e interdisciplinar (Batalla, de Pena, Martínez, & Silva, 2019; Silva, de Pena, Batalla, & Pedra, 2019). El campo de la salud mental está transversalizado por las condiciones estructurales y también coyunturales que efectivizan o no el goce de los derechos humanos, por

tanto, cuando hablamos de externación sustentable hablamos de un afuera que efectivamente debe contener la potencialidad para crear y re-crear las condiciones de producción de salud y de bienestar.

Pensar el afuera del que tanto se habla lleva intrínseco el riesgo de retomar la lógica binaria adentro/afuera, la comunidad conceptualizada clásicamente como red de sostén puede terminar por convertirse en una noción-trampa, Percia analiza los sutiles procesos que, lejos de ser exclusivos del manicomio, se expresan en la vida comunitaria, junto a otros y otras y dice acerca de las comunidades:

Comunidades: El afuera de los manicomios no tendría que pensarse como un inocente proceso de inclusión, reinserción, integración, rehabilitación. Espacios sociales enferman, expulsan, discriminan, estigmatizan, someten, maltratan, abusan, violentan, ejercen crueldades. Muchos afueras de los manicomios equivalen al adentro de otros infiernos. Pensar fuera de los manicomios supone cuestionar formas comunitarias existentes (Percia, pág. 257).

Posicionarnos desde una ética desmanicomializante implica desde esta perspectiva, disputar el sentido de “lo comunitario”, de lo común como espacio de construcción identitaria singular-colectiva “En el devenir de la lucha antimanicomial, no se ha intervenido en la lógica estructural de la sociedad que produce la institución, la institucionalización y permanente “renovación” del manicomio” (Kazi, 2008, pág. 14). La interdisciplina configura un componente central de una ética desmanicomializante en la medida en que posibilita desde la articulación de lecturas disciplinares, problematizar las condiciones de producción del sufrimiento psíquico y, desde allí construye nuevos marcos de comprensión e intervención. El objeto de la salud mental, trasciende al objeto de la enfermedad, es complejo y multidimensional y refiere a las personas en sus condiciones de existencia reales y concretas como producto y productoras de bienestar y sufrimiento psíquico (Galende, Conocimiento y prácticas en salud mental, 2015). Esta delimitación del objeto de la salud mental coloca a la interdisciplina como la herramienta metodológica de lectura e intervención del campo, no obstante, a pesar de que las discusiones teóricas presentan altos niveles de consenso en este sentido, las prácticas profesionales aún

mantienen sesgos unidisciplinarios con hegemonías herederas de los procesos de medicalización social (Silva, de Pena, Batalla, & Pedra, 2019).

Expresiones en la ley 19.529 y su contexto de aplicación

¿Cómo identificar las interseccionalidades expresadas en la confluencia entre salud mental y las prácticas profesionales interdisciplinarias de modo objetivable? Entendemos que el marco normativo proporciona cierta evidencia de acuerdos laudados, disputas ganadas y pérdidas y enfoque dominantes que permiten delinear el camino oficial hacia la reforma de la asistencia. La ley 19.529 (Parlamento Uruguayo, 2017) claramente marca al menos un reconocimiento a la necesidad de revisar y modificar efectivamente el tratamiento de los temas de salud mental, tras leyes anteriores que regían hasta mediados de 2017 y que tenían origen en los años 1936 y 1948.

Sin embargo, campo burocrático y lógicas en disputa mediante, lo que puede ser un impulso de cambio sustantivo deja huellas de frenos rotundos. La interseccionalidad como noción conceptual y dimensión objetivable, no encuentra mayor expresión en la ley, tampoco por tanto alienta en tal perspectiva a su reglamentación, ya en proceso desde hace tres años, ni las acciones directas desde la política de salud en la reformulación de algunos servicios.

Las características que asume la sociabilidad capitalista mediante el proceso de medicalización social expone formas del ejercicio de poder que aún predominan en el sustento del modelo asilar, al tiempo que los mecanismos de gestión biopolítica refuerzan discursos homogenizantes. Las dimensiones a interseccionar son desarticuladas a partir de la puja por mantener el *statu quo* disciplinar quedando al descubierto las distancias disciplinarias y asimetrías de poder entre ellas.

Vale recordar que no es la primera ocasión en que ideologías, intereses o ambiciones de poder, se encubren bajo la ropa blanca y virginal de la ciencia para evitar los significados sociales y humanos de su acción (Galende, 2008).

¿Cómo operar interseccionalmente a partir de prácticas interdisciplinarias en un contexto de heteronomía disciplinar? El pensar y trabajar con otros y otras parece

ser sustrato de toda práctica cotidiana, se va al encuentro aún sin tenerlo como propósito en sí mismo. Sin embargo, la producción de práctica interdisciplinaria requiere de un detenimiento necesario para la producción de la experiencia interdisciplinaria. Al tiempo que, es desde ésta que se concretiza la práctica, atenta a la dimensionalidad que la interseccionalidad conlleva.

Al mismo tiempo, el proceso de discusión transitado durante la elaboración de los anteproyectos que dieron lugar luego al texto final, hoy aprobado como ley oficialmente, permitió a sectores no profesionales, sectores de la sociedad civil incorporan un aprendizaje sustantivo en el juego de disputa, colocación de intereses y negociación de consensos. Esto permite identificar una estrategia de unificación de fuerzas en las que la práctica interdisciplinaria y el intercambio de saberes cobra relevancia en el abordaje de la interseccionalidad y el fortalecimiento de una ética desmanicomizante de ruptura con lógicas binarias.

La práctica profesional interdisciplinaria y el diálogo entre saberes que emerge de la experiencia vivida permite la generación de una nueva narrativa también como parte de una ética desmanicomizante. La interseccionalidad se expresa en la captación precisamente del significado de lo nuevo como instituyente transformador.

Consideraciones finales

Hemos abordado el tema a modo de ejercicio primario para avanzar en la incorporación de nociones que iluminen aristas aún opacas en los abordajes que se despliegan en el campo de la salud mental. En este sentido, a modo de consideraciones finales destacamos los aspectos siguientes:

- La interseccionalidad como concepto centrado en la identificación de los efectos estructurales y las dinámicas de interacción entre ejes de subordinación, introducido al campo de la salud mental, permite potenciar el análisis de las dimensiones que quedan invisibilizadas tras la totalización de la institucionalización psiquiátrica.
- Una reforma sustantiva en la asistencia de la salud mental requiere precisamente de la consideración de las dinámicas de desigualdad y dominación a las que el modelo asilar adhiere en tanto parte de su propia definición.

- Comprender este campo desde la interseccionalidad requiere operar desde la interdisciplinar al mismo tiempo, en tanto estrategia de articulación de saberes y posibilidad de producción de nuevos sentidos sobre el objeto teórico que orienta a la intervención.

- La articulación de saberes desde diversos puntos de partida y posiciones sociales, da cuenta de un potencial de superación de lógicas heterónimas y marca un camino certero a la instalación de una ética desmanicomializante.

Estas consideraciones se tornan pasibles de indagación y profundización orientando recorridos epistemológicos y teóricos alicientes para el desarrollo de otras formas de comprender las dinámicas propias del campo de la salud mental.

Referencias bibliográficas

Batalla, M., de Pena, L., Martínez, L., & Silva, C. (2019). La reforma en la trinchera: obstáculos y potencialidades en las prácticas profesionales para la externación sustentable en el ámbito del hospital psiquiátrico. *Revista regional de Trabajo Social*, 33(1), 80-95.

Blanco, R., Portillo, J., & San Martín, H. (1991). *Teoría social de la salud*. Montevideo: Universidad de la República.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

Castoriadis, C. (1993). El taparrabos de la ética. *Revista Vuelta*, 35-40.

Cohen, H., & Natella, G. (2013). *Desmanicomialización: crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.

Couto, M., de Oliveira, E., Alves, M., & do Carmo, O. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión

- narrativa de las producciones teórico-metodológicas. Salud colectiva. doi: 10.18294/sc.2019.1994
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro da especialistas em aspectos da discriminacao racial relativos ao gênero. *Estudios feministas*, 10(1), 171-188.
- Crenshaw, K. (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. En Platero, *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (págs. 87-122). Barcelona: Bellaterra.
- De Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. . Buenos Aires: Lugar.
- Galende, E. (2008). Debate cultural y subetividad en salud. En H. Spinelli, *Salud colectiva* (págs. 121-144). Buenos Aires: Lugar.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Garrafa, V., & Erig Osório de Azambuja, L. (2009). Epistemología de la Bioética- enfoque latinoamericano. *Revista Colombiana de Bioética*, 4(1), 73-92.
- Kazi, G. (2008). Lucha antimanicomial: praxis insurgentes, las multiplicidades libertarias. En G. Kazi, & M. Ajerez, *Salud mental. Experiencias y prácticas* (págs. 11-30). Buenos Aires: Espacio editorial: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- La Barbera, M. (2016). Interseccionalidad, un "concepto viajero": orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. *Interdisciplina*, 4(8), 105-122.
- Linardelli, M. (2015). Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, femimismos e interseccionalidad. Millcayac. *Revista digital de ciencias sociales*, 2(3), 191-224.
- Moyn, S. (2014). El futuro de los derechos humanos. *Sur-Revista internacional de derechos humanos*, 61-69.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Parlamento Uruguayo. (2017). *Ley No 19529. Salud mental*.
- Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas-Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas.

Percia, M. (2018). Después de los manicomios. Clínicas insurgentes. Adrogué: La cebra. Rivas-Muñoz, F., Garrafa, V., Ferreira, S., & Flor de Nascimento, W.

(2015). Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde e Sociedad*, 24(1), 141-151.

Saraceno, B. (2007). La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicancias para el mundo. En J. Rodríguez, *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas* (págs. 6-20). Washington, D. C.: OPS.

Silva, C., de Pena, L., Batalla, M., & Pedra, M. (2019). La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. *Fronteras*, 13, 83-97.

Testa, M. (1997). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar.